

Kriterien des Bundesversicherungsamtes zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme

Version 5.0

Stand vom 29. September 2009



Übersicht

<i>Präambel</i>	12
<i>Kapitel 1: Allgemeine Evaluationsanforderungen</i>	12
Erhebungszeitraum	13
Datenübermittlung	14
Zusammenfassung in Kohorten und Programmauswertung	14
Stichprobenumfang	15
Programmspezifische Auswertungen	16
Evaluator	16
Risikoadjustierung / Vergleich der Programme	17
Übergangsregelungen	18
<i>Kapitel 2: Evaluation der medizinischen Inhalte</i>	19
<i>2.1 Darstellungsweise</i>	19
Auswertung der Kohorten	19
Vorgehen bei mehrfachen Dokumentationen innerhalb eines halben Kalenderjahres	21
Sonstiges	22
<i>2.2 Diabetes mellitus Typ 2</i>	23
Definition von primären und sekundären Endpunkten (Folgeerkrankungen)	23
Darstellung von Subkohorten	23
Histogramme	23
<i>Form und Inhalt der Evaluationsberichte</i>	24
Patienten- und Patientinnenzahlen und -merkmale	24
Leistungserbringer	24
<i>Hausärzte</i>	24
<i>Diabetologische Schwerpunktpraxen</i>	24
<i>Krankenhäuser</i>	25
<i>Rehabilitations-Einrichtungen</i>	25
Krankheitsverlauf nach der Einschreibung	25
<i>Gewichtsentwicklung (BMI)</i>	25
<i>Raucherstatus</i>	25

<i>Hypertonus</i>	26
<i>HbA1c-Werte</i>	27
<i>Serum-Kreatinin-Werte</i>	27
<i>Medikation</i>	27
<i>Arzt-Patienten-Kommunikation – Fehlende Mitwirkung (Non-Compliance) an veranlassten Schulungen</i>	28
<i>Erblindung</i>	29
<i>Nephropathie</i>	29
<i>Diabetischer Fuß</i>	29
<i>Herzinfarkt</i>	29
<i>Schlaganfall</i>	30
<i>Nierenersatztherapie</i>	30
<i>Ophthalmologische Netzhautuntersuchung</i>	30
Auftreten von primären Endpunkten und Überlebenszeit bei Patienten und Patientinnen ohne primäre ODER sekundäre Endpunkte in der Erstdokumentation	30
Auftreten von primären Endpunkten sowie Überlebenszeit bei Patienten und Patientinnen ohne primären, aber mit Vorliegen von einem ODER mehreren sekundären Endpunkten in der Erstdokumentation	30
Auftreten von sekundären Endpunkten und Überlebenszeit bei Patienten und Patientinnen ohne primäre ODER sekundäre Endpunkte in der Erstdokumentation	31
Progress- und Sterberaten	31
2.3 Brustkrebs	32
Definition von Auswertungsgruppen	32
Form und Inhalt der Evaluationsberichte	33
Patientinnenzahlen und -merkmale	33
Leistungserbringer	33
<i>Hausärzte</i>	33
<i>Gynäkologen</i>	33
<i>Onkologisch qualifizierte koordinierende Ärzte*</i>	34
<i>Stationäre Einrichtungen insgesamt</i>	34
Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte (Gruppe 1)	34
<i>Patientinnen mit TumorgroÙe pTis, pT1 bis pT2: Brusterhaltende Therapie</i>	34
<i>Patientinnen nach axillärer Lymphonodektomie: Anzahl entfernter Lymphknoten</i>	34
<i>Patientinnen nach brusterhaltender Therapie (BET): Strahlentherapie der Brust</i>	34
<i>Patientinnen mit TumorgroÙe pT3/ pT4 nach Mastektomie: Strahlentherapie</i>	34

<i>Patientinnen mit R1/ R2-Resektion nach Mastektomie: Strahlentherapie</i>	34
<i>Patientinnen nach Mastektomie UND Resektion von mehr als drei befallenen Lymphknoten nach axillärer Lymphonodektomie: Strahlentherapie</i>	35
<i>Patientinnen mit einem niedrigen Risiko: Keine Chemotherapie</i>	35
<i>Überlebenszeit</i>	35
<i>Tumorfreie Überlebenszeit</i>	35
<i>Rezidiv- und Sterberaten</i>	35
Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte (fortgeschrittene Primärtherapie) (Gruppe 2) sowie Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung (Gruppe 3) sowie Patientinnen mit kontralateralem Tumor bei Einschreibung (ab 13. RSA-ÄndV) (Gruppe 4)	36
<i>Überlebenszeit</i>	36
<i>Tumorfreie Überlebenszeit</i>	36
<i>Rezidiv- und Sterberaten</i>	36
Patientinnen mit Metastasierung bei Einschreibung (Gruppe 5)	36
<i>Überlebenszeit</i>	36
<i>Sterberate</i>	36
2.4 Koronare Herzerkrankung	37
Definition von primären und sekundären Endpunkten (Folgeerkrankungen)	37
Darstellung von Subkohorten	37
Histogramme	37
Form und Inhalt der Evaluationsberichte	38
Patienten- und Patientinnenzahlen und -merkmale	38
Leistungserbringer	38
<i>Hausärzte</i>	38
<i>Kardiologisch qualifizierte Ärzte bzw. Einrichtung (ambulant) insgesamt</i>	38
<i>Invasiv tätige ambulante Kardiologen</i>	39
<i>Krankenhäuser</i>	39
<i>Rehabilitations-Einrichtungen</i>	39
Krankheitsverlauf nach der Einschreibung	39
<i>Raucherstatus</i>	39
<i>Hypertonus</i>	39
<i>Medikation</i>	40
<i>Arzt-Patienten-Kommunikation – Fehlende Mitwirkung (Non-Compliance) an veranlassten Schulungen</i>	42
<i>KHK-spezifische Intervention</i>	42
<i>Hypertonie</i>	43

<i>Angina pectoris</i>	43
<i>Herzinsuffizienz</i>	43
<i>Symptomatische Herzrhythmusstörung</i>	43
<i>Diabetes mellitus</i>	44
<i>Fettstoffwechselstörung</i>	44
<i>Herzinfarkt</i>	44
<i>Akutes Koronarsyndrom</i>	44
Auftreten von primären Endpunkten und Überlebenszeit bei Patienten und Patientinnen ohne primäre Endpunkte in der Erstdokumentation.....	45
Auftreten von sekundären Endpunkten und Überlebenszeit bei Patienten und Patientinnen ohne primäre Endpunkte in der Erstdokumentation.....	45
Progress- und Sterberaten.....	45
2.5 Diabetes mellitus Typ 1	46
Vorbemerkungen.....	46
Form und Inhalt der Evaluationsberichte	46
Patienten- und Patientinnenzahlen und -merkmale.....	46
Leistungserbringer	47
<i>Diabetologisch qualifizierte Ärzte</i>	47
<i>Diabetologisch qualifizierte Kinderärzte</i>	47
<i>Hausärzte</i>	47
<i>Fachärztliche Internisten (mit diabetologischer Qualifikation)</i>	47
<i>Diabetologisch qualifizierte Krankenhäuser</i>	48
<i>Diabetologisch qualifizierte Kinderkrankenhäuser</i>	48
<i>Diabetologisch qualifizierte Rehabilitations-Einrichtungen</i>	48
Krankheitsverlauf nach der Einschreibung.....	48
<i>Gewichtsentwicklung (BMI):</i>	48
<i>Raucherstatus</i>	49
<i>Hypertonus</i>	49
<i>HbA1c-Werte</i>	51
<i>Serum-Kreatinin-Werte</i>	51
<i>Pathologische Urinalbuminausscheidung</i>	51
<i>Weitere Medikation (Statine, Thrombozyten-Aggregationshemmer)</i>	52
<i>Arzt-Patienten-Kommunikation – Fehlende Mitwirkung (Non-Compliance) an veranlassten Schulungen</i>	52
<i>Kinder mit proliferativer Retinopathie</i>	53
<i>Lasertherapie bei Kindern mit neuer proliferativer Retinopathie</i>	53
<i>Erblindung</i>	53

<i>Nephropathie</i>	53
<i>Diabetischer Fuß</i>	53
<i>Neu auftretende Osteoarthropathien</i>	54
<i>Neu auftretende Amputationen</i>	54
<i>Herzinfarkt</i>	54
<i>Schlaganfall</i>	54
<i>Nierenersatztherapie</i>	54
<i>Ophthalmologische Netzhautuntersuchung</i>	54
Evaluation der Kooperation der Versorgungssektoren	55
<i>Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung bei Hypertonie</i>	55
<i>Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung bei diabetischem Fußsyndrom</i>	55
<i>Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung zur ophthalmologischen Netzhautuntersuchung</i>	55
<i>Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung bei Diabeteskomplikationen mit normnaher Blutzucker- oder Blutdruckeinstellung</i>	56
<i>Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft</i>	56
Evaluation der Kooperation bei Koordination durch den Hausarzt (HA)	59
<i>Über- bzw. Einweisung bei Erstmanifestation</i>	59
<i>Über- bzw. Einweisung bei Kindern</i>	59
<i>Über- bzw. Einweisung bei unzureichender Blutzuckersenkung^{a)}</i>	59
<i>Über- bzw. Einweisung bei schwerer Stoffwechselldekomensation</i>	60
<i>Über- bzw. Einweisung zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie</i>	60
<i>Über- bzw. Einweisung bei mikrovaskulären Komplikationen</i>	60
Auftreten von primären Endpunkten und Überlebenszeit bei Patienten und Patientinnen ohne primäre ODER sekundäre Endpunkte in der Erstdokumentation	61
Auftreten von primären Endpunkten sowie Überlebenszeit bei Patienten und Patientinnen ohne primären, aber mit Vorliegen von einem ODER mehreren sekundären Endpunkten in der Erstdokumentation	62
Auftreten von sekundären Endpunkten und Überlebenszeit bei Patienten und Patientinnen ohne primäre ODER sekundäre Endpunkte in der Erstdokumentation	62
Auftreten von sekundären Endpunkten sowie Überlebenszeit bei Patienten und Patientinnen ohne primären, aber mit Vorliegen von einem ODER mehreren sekundären Endpunkten in der Erstdokumentation	62
Progress- und Sterberaten	62
Anhang: BMI bei Kindern	63
2.6 Asthma bronchiale	64

Vorbemerkung	64
Form und Inhalt der Evaluationsberichte	65
Patienten- und Patientinnenzahlen und -merkmale	65
Leistungserbringer	65
<i>Hausärzte</i>	65
<i>Kinderärzte</i>	66
<i>Pneumologisch qualifizierte Ärzte bzw. Einrichtungen (ambulant)</i>	66
<i>Pneumologisch qualifizierte Kinderärzte</i>	66
<i>Pneumologisch qualifizierte Krankenhäuser</i>	66
<i>Pneumologisch qualifizierte Kinderkrankenhäuser/Krankenhäuser mit pneumologisch qualifizierter pädiatrischer Abteilung</i>	66
<i>Pneumologisch qualifizierte Rehabilitations-Einrichtungen</i>	66
Krankheitsverlauf nach der Einschreibung	67
Asthmasymptome	67
<i>Häufigkeit von Asthmasymptomen</i>	67
<i>Ggf. Darstellung der Häufigkeit der Asthmasymptome durch Ereigniszeitanalyse mit rezidivierenden Ereignissen unter Berücksichtigung der Zeiträume zwischen den Ereignissen (Definition der Zeitzwischenräume durch Kategorien)</i>	67
<i>Entwicklung der Häufigkeit der Asthmasymptome</i>	68
Peak-Flow-Werte	68
<i>Peak-Flow-Absolutwerte</i>	68
<i>Entwicklung der Peak-Flow-Werte</i>	69
Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale	69
<i>Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale (alle)</i>	69
<i>Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale (mehr als 1 mal pro Halbjahr)</i>	70
<i>Ggf. Darstellung der Häufigkeit der notfallmäßigen stationären Behandlung durch Ereigniszeitanalyse mit wiederkehrenden Ereignissen unter Berücksichtigung der Zeiträume zwischen den Ereignissen</i>	70
Raucherstatus	70
<i>Kollektiv der Raucher laut Erstdokumentation</i>	70
<i>Raucherquote</i>	71
<i>Gewichtsentwicklung (BMI)</i>	71
<i>Medikation</i>	71
Arzt- Patienten-Kommunikation	73
<i>Asthmaschulungen</i>	73
<i>Jährliche Überprüfung der Inhalationstechnik</i>	73
Schriftlicher Selbstmanagementplan	73

<i>Schriftlicher Selbstmanagementplan bei täglicher Asthmasymptomatik</i>	74
Tabakverzicht	74
<i>Raucher mit Empfehlung zum Tabakverzicht</i>	74
<i>Raucherstatus nach Empfehlung zum Tabakverzicht</i>	74
<i>Wahrnehmung der Informationsangebote zum Tabakverzicht</i>	74
<i>Raucherstatus nach Information zum Tabakverzicht</i>	75
Evaluation der Kooperation der Versorgungssektoren (Überweisung vom koordinierenden Arzt zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung)	75
<i>Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung bei erstmaligem unzureichendem Therapieerfolg (Auftreten täglicher asthmatypischer Symptome)</i>	75
<i>Vier-Felder-Tafel zur Tabelle „Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung bei erstmaligem unzureichendem Therapieerfolg (Auftreten täglicher asthmatypischer Symptome)“</i>	76
<i>Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung bei Beginn einer systemischen Glukokortikosteroidtherapie</i>	76
<i>Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung bei notfallmäßiger stationärer Behandlung seit der letzten Dokumentation</i>	76
Sterberaten	76
Anhang: BMI Wertetabellen für Mädchen und Jungen	77
2.7 COPD	78
Vorbemerkungen	78
Form und Inhalt der Evaluationsberichte	78
<i>Patienten- und Patientinnenzahlen und -merkmale</i>	78
Leistungserbringer	79
<i>Hausärzte</i>	79
<i>Pneumologisch qualifizierte Ärzte bzw. Einrichtung (ambulant)</i>	79
<i>Pneumologisch qualifizierte Krankenhäuser</i>	79
<i>Pneumologisch qualifizierte Rehabilitations-Einrichtungen</i>	79
Krankheitsverlauf nach der Einschreibung	80
Einsekundenkapazität (FEV 1 - Wert) gemessen vor Bronchospasmolyse	80
<i>Einsekundenkapazität in Absolutwerten</i>	80
<i>Entwicklung der Einsekundenkapazität nach Absolutwerten</i>	80
<i>Einsekundenkapazität in Prozent des Sollwertes</i>	81
<i>Entwicklung der Einsekundenkapazität in Prozent des Sollwertes nach Schweregradkategorien</i>	81
Exazerbationen	82
<i>Häufigkeit der Exazerbationen</i>	82

<i>Ggf. Darstellung der Häufigkeit der Exazerbationen durch Ereigniszeitanalyse mit wiederkehrenden Ereignissen unter Berücksichtigung der Zeiträume zwischen den Ereignissen</i>	<i>82</i>
<i>Entwicklung der Häufigkeit der Exazerbationen.....</i>	<i>82</i>
Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD	83
<i>Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD (alle).....</i>	<i>83</i>
<i>Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD (mehr als 1 mal pro Halbjahr).....</i>	<i>83</i>
Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD	84
<i>Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD (alle).....</i>	<i>84</i>
<i>Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD (mehr als 1 mal pro Halbjahr).....</i>	<i>84</i>
<i>Ggf. Darstellung der Häufigkeit der notfallmäßigen stationären Behandlung durch Ereigniszeitanalyse mit wiederkehrenden Ereignissen unter Berücksichtigung der Zeiträume zwischen den Ereignissen</i>	<i>84</i>
Raucherstatus	85
<i>Kollektiv der Raucher laut Erstdokumentation</i>	<i>85</i>
<i>Raucherquote</i>	<i>85</i>
<i>Gewichtsentwicklung (BMI).....</i>	<i>85</i>
<i>Medikation.....</i>	<i>86</i>
Arzt- Patienten-Kommunikation	86
<i>COPD-Schulung.....</i>	<i>86</i>
<i>Jährliche Überprüfung der Inhalationstechnik</i>	<i>86</i>
Tabakverzicht	87
<i>Raucher mit Empfehlung zum Tabakverzicht</i>	<i>87</i>
<i>Raucherstatus nach Empfehlung zum Tabakverzicht</i>	<i>87</i>
Informationsangebote	87
<i>Wahrnehmung der Informationsangebote zum Tabakverzicht</i>	<i>87</i>
<i>Raucherstatus nach Information zum Tabakverzicht</i>	<i>87</i>
<i>Wahrnehmung der Informationsangebote zur Ernährungsberatung.....</i>	<i>88</i>
<i>Wahrnehmung der Informationsangebote zum körperlichen Training</i>	<i>88</i>
Evaluation der Kooperation der Versorgungssektoren (Überweisung vom koordinierenden Arzt zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung).....	88
<i>Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung bei unzureichendem Therapieerfolg (mehr als 3 Exazerbationen pro Jahr).....</i>	<i>88</i>
<i>Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung bei Beginn einer systemischen Glukokortikosteroidtherapie</i>	<i>88</i>
<i>Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung bei notfallmäßiger stationärer Behandlung seit der letzten Dokumentation</i>	<i>89</i>
Sterberaten.....	89
Kapitel 3: Evaluation der ökonomischen Inhalte	90

<i>Darstellungsweise</i>	90
Auswertung der Kohorten.....	90
Zuordnung der Kosten.....	91
Verstorbene/ ausgeschiedene Patienten und Patientinnen	91
<i>Evaluationsberichte</i>	92
Patienten- und Patientinnenzahlen.....	92
Ausgaben nach Leistungsbereichen.....	92
Sonstige Ausgaben.....	93
Besonderheiten einzelner Ausgabenbereiche.....	93
Ärztliche Behandlung	93
Krankenhaus	93
Ausgaben für Krankengeld (ohne „Kinderkrankengeld“)	94
Verwaltungskosten	94
Kosten der Qualitätssicherung	94
Grundsätze der kalkulatorischen Ermittlung und Darstellung der Qualitätssicherungs- und Verwaltungskosten	95
Mitteilungspflicht	97
<i>Kosten-Wirksamkeits- und Kosten-Nutzwert-Analyse</i>	97
<i>Kapitel 4: Evaluation der Veränderungen der subjektiven Lebensqualität</i>	98
Darstellungsweise	98
Auswertung der Kohorten	98
Evaluationsbericht.....	99
Rücklaufquote	99
Auswertung des SF-36.....	99
<i>Kapitel 5: Anforderungen an die vergleichenden, risikoadjustierten Programmauswertungen</i>	101
Ausgleich von Zufallseffekten und Risikoadjustierung	101
Fachkonferenzen	102
Übermittlung von risikoadjustierten Werten an das BVA.....	103
Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2	105
Koronare Herzkrankheit	111

<i>Anhang:</i>	<i>113</i>
<i>1. Änderungsverzeichnis</i>	<i>113</i>
Version 1.0	113
Version 2.0	113
Version 3.0	114
Version 4.0	115
Version 5.0	115
Geplante Änderungen	116
<i>2. Verwendung Boole'scher Verknüpfungen</i>	<i>116</i>

Präambel

Nach § 137f Abs. 4 SGB V haben die Krankenkassen eine externe Evaluation der strukturierten Behandlungsprogramme durch einen unabhängigen Sachverständigen durchzuführen. In § 28g Abs. 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) ist ergänzend geregelt, dass das Bundesversicherungsamt (BVA) durch Vorgabe methodischer Kriterien darauf hinzuwirken hat, dass die Evaluationen unterschiedlicher strukturierter Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme (DMP)) diagnosebezogen vergleichbar sind.

Zur Erstellung dieser Kriterien hat das BVA im Jahre 2003 einen wissenschaftlichen Beirat berufen, der seitdem unterstützend tätig ist.

Kapitel 1: Allgemeine Evaluationsanforderungen

Die im Folgenden festgelegten Kriterien stellen Mindestanforderungen an die programmspezifischen Evaluationen und die durchzuführenden Auswertungen und Darstellungen dar. Sie bilden darüber hinaus die Grundlage für den Vergleich der Programme untereinander. Die Kriterien sind aufgliedert in die allgemeinen Evaluationsanforderungen, die Evaluation der medizinischen Inhalte bei Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Brustkrebs, Koronarer Herzkrankheit, Asthma und chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD), die Evaluation der ökonomischen Inhalte und die Evaluation der Veränderungen der subjektiven Lebensqualität der Patienten und Patientinnen sowie die Anforderungen an die vergleichenden, risikoadjustierten Programmauswertungen.

Zielgrößen der Evaluation sind die in den Kriterien benannten

- medizinischen Parameter,
- Ausgabenbereiche und
- Ergebnisse der Lebensqualitätsbefragung.

Werden im Rahmen von Verordnungen zu Änderungen der RSAV (RSA-ÄndV) Dokumentations-Datensätze gekürzt, stehen diese dem Evaluator ab der Umsetzung der entsprechenden RSA-ÄndV nicht mehr zur Verfügung. Ist in den Kriterien des BVA eine Auswertung dieser entfallenen Daten vorgesehen, wird ein Fehlen der entsprechenden Auswertungen deshalb ab dem Datum der Umsetzung der entsprechenden RSA-ÄndV zwangsläufig nicht als Nichtbeachtung der Kriterien des BVA bewertet.

Werden im Rahmen von RSA-ÄndV neue Parameter eingeführt oder bestehende Parameter abgewandelt, so sind sie bei der Auswertung ab dem Zeitpunkt zu berücksichtigen, zu dem die entsprechende RSA-ÄndV umgesetzt wird, spätestens jedoch zum Ende einer in der RSAV vorgesehenen Übergangsfrist. Bei Aktualisierungen der Kriterien des BVA werden die betroffenen Parameter ergänzt bzw. überarbeitet.

Erhebungszeitraum

Für die für eine Krankheit zugelassenen Programme sind von den Krankenkassen in regelmäßigen Abständen zu einem einheitlichen Stichtag Evaluationsberichte zu erstellen. Für das ab dem frühesten Zeitpunkt für eine Krankheit zugelassene Programm ist der erste Evaluationsbericht über einen Bewertungszeitraum vom Zulassungszeitpunkt bis zum Ende des Kalenderhalbjahres, in dem das Programm 36 Monate zugelassen ist, zu erstellen und in der Folgezeit alle 24 Monate zu aktualisieren. Für ab einem späteren Zeitpunkt für dieselbe Krankheit zugelassene Programme endet der Bewertungszeitraum der Evaluationsberichte jeweils mit dem Ende des Bewertungszeitraumes der Berichte für das ab dem frühesten Zeitpunkt zugelassene Programm.

Der Bewertungszeitraum der ab dem 1. Juli 2008 erstmals zu erstellenden ersten oder nachfolgenden Evaluationsberichte endet für alle Programme für Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs zu dem Zeitpunkt, zu dem für das für diese Krankheit ab dem frühesten Zeitpunkt zugelassene Programm der Evaluationsbericht erstmals zu aktualisieren ist.

Die Berichte sind dem BVA jeweils innerhalb von fünfzehn Monaten nach Abschluss des jeweiligen Erhebungszeitraums zu übermitteln. Umfasst ein Bewertungszeitraum für den ersten Bericht nicht mindestens zwölf Monate (Dokumentationen aus zwei aufeinanderfolgenden Teilnahmehalbjahren), ist die Übermittlung des Berichts nicht erforderlich. Für die einzelnen Indikationen gelten folgende Stichtage für die Übersendung der Evaluationsberichte an das BVA:

- Diabetes mellitus Typ 2 : 30. September 2009
- Diabetes mellitus Typ 1: 30. September 2009 (erstmalig Berichte)
- Brustkrebs: 30. September 2009
- Asthma und COPD: 31. März. 2010 (erstmalig Berichte)
- KHK: 31. März 2011

Weitere Berichte zu den einzelnen Indikationen sind im Abstand von jeweils zwei Jahren zu übermitteln.

Datenübermittlung

Die Krankenkassen bzw. die gemäß dem jeweiligen Programm zuständigen Stellen haben dem Evaluator nicht-aggregierte Datensätze in elektronischer Form bereitzustellen. Die Form der Datenübermittlung ist zwischen Krankenkassen und Evaluator abzustimmen. In den einzelnen Datensätzen müssen die vollständigen medizinischen und administrativen Daten der Dokumentationsbogen sowie individuelle ökonomische Daten in pseudonymisierter Form enthalten sein. Den Krankenkassen obliegt die Sicherstellung der Übereinstimmung von individuellen ökonomischen Daten mit den administrativen Datensätzen eingeschriebener Versicherter.

Der Evaluator ergänzt die Datensätze um die von ihm erfassten Daten aus der Erhebung der subjektiven Lebensqualität der Patienten und Patientinnen. Der Versand der Fragebögen zur Erhebung der subjektiven Lebensqualität erfolgt durch die versichernde oder regional betreuende Krankenkasse unter Verwendung des zwischen den ehemaligen Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem BVA abgestimmten Anschreibens. Die Patienten und Patientinnen schicken den ausgefüllten Fragebogen an den Evaluator, der die Auswertung der Fragebögen durchführt.

Ausnahmen von dieser Regel sind mit dem BVA abzustimmen.

Zusammenfassung in Kohorten und Programmauswertung

Die Patienten und Patientinnen werden in Halbjahreskohorten zusammengefasst, d.h. die sich jeweils innerhalb eines halben Kalenderjahres einschreibenden Patienten und Patientinnen werden als eine Kohorte definiert. Somit werden sowohl Patienten und Patientinnen, die sich im ersten halben Kalenderjahr des Beginns eines Programms eingeschrieben haben, als Kohorte fortlaufend halbjährlich dargestellt, als auch die Patienten und Patientinnen, die sich im zweiten Kalenderhalbjahr nach Beginn eines Programms eingeschrieben haben usw.. Ausschlaggebend für die Zuordnung zu einer Kohorte ist das erste Datum der ersten Unterschrift des Arztes.

Einzelne Kohorten sind nur dann darzustellen, wenn sie mindestens 10 Patienten und Patientinnen umfassen. Sofern sich weniger als 10 Patienten und Patientinnen innerhalb einer Kohorte befinden, wird die Kohorte für die betreffenden Kalenderhalbjahre nicht dargestellt. Bei einer antragsübergreifenden Auswertung mehrerer Krankenkassen durch einen Evaluationsbericht entfällt die Darstellung einer Kohorte nur, wenn die Versichertenzahl der gesamten Evaluationsgruppe die Mindestzahl nicht erreicht. Die an einer antragsübergreifenden Auswertung teilnehmenden Krankenkassen haben daher auch die erforderlichen Daten bei geringen Versichertenzahlen an den Evaluator zu übermitteln.

Von Fusionen und Dienstleisterwechseln betroffene Patienten und Patientinnen sind mit ihrer gesamten DMP-Historie in der Programmauswertung zu führen, der sie aufgrund ihrer aktuellen Programmteilnahme zuzuordnen sind.

Stichprobenumfang

Bei der Evaluation der medizinischen Inhalte werden die Daten aller Patienten und Patientinnen ausgewertet. Patienten und Patientinnen werden auch dann im Rahmen der Evaluation berücksichtigt, wenn sie in weitere Programme zu anderen Krankheitsbildern eingeschrieben sind. Zur Evaluation der ökonomischen Inhalte und der Veränderungen der subjektiven Lebensqualität werden hingegen Stichproben generiert. Bei Diabetes mellitus Typ1 und Typ 2, Koronarer Herzkrankheit (KHK), Asthma und COPD sind die zur ökonomischen Evaluation und zur Evaluation der Veränderungen der subjektiven Lebensqualität der Patienten und Patientinnen herangezogenen Stichproben identisch. Bei Brustkrebs werden nur diejenigen Patientinnen der Stichprobe zur subjektiven Lebensqualität befragt, die sich auf Basis einer Erstmanifestation einschreiben. Das Datum des histologischen Befundes darf nicht länger als 12 Wochen zurückliegen (Auswertungsgruppe 1). Insofern sind die zur Erhebung der subjektiven Lebensqualität herangezogenen Stichproben bei Brustkrebs nicht identisch mit den Stichproben der ökonomischen Evaluation.

Patienten und Patientinnen, für die keine Auswertung vorgenommen werden muss (Kohorte umfasst weniger als 10 Patienten und Patientinnen), werden nicht in die Stichproben für die ökonomische Evaluation sowie für die Befragung zur Lebensqualität aufgenommen. Für die Indikation Brustkrebs ist diesbezüglich die Zahl der Patientinnen der Auswertungsgruppe 1 maßgeblich.

Der Evaluator hat die Repräsentativität der Stichprobe durch deren zufällige Generierung sicherzustellen. Der Stichprobenumfang hat bei der ersten und bei allen folgenden Erhebungen der ökonomischen Inhalte 10 % der Kohorte der jeweiligen Ist-Größe zu betragen, höchstens 500, mindestens aber 100 Patienten und Patientinnen zu umfassen. Dies gilt bei Diabetes mellitus Typ 1 und 2, KHK, Asthma und COPD auch bei allen Erhebungen zur Veränderung der Lebensqualität.

Bei den Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und Asthma wird der Stichprobenumfang um den bundesdurchschnittlichen Anteil der Kinder und Jugendlichen erhöht, die an den Programmen teilnehmen.

Falls an einem Programm weniger als 100 Patienten und Patientinnen teilnehmen, ist eine Vollerhebung durchzuführen.

Der Evaluator hat abzuschätzen, ob mindestens 100 Patienten und Patientinnen in die Stichprobe aufgenommen werden und ggf. die Quote der Stichprobe in einem geeigneten Ausmaß auf über 10 % zu steigern, so dass der angestrebte Mindestumfang erreicht wird.

Die Rücklaufquote bei der Erhebung der Veränderungen der subjektiven Lebensqualität muss mindestens 40 % betragen. Im Falle einer Unterschreitung dieser Quote wird der Stichprobenumfang zur Erhebung der ökonomischen Inhalte und der Veränderungen der subjektiven Lebensqualität bei der Stichprobenziehung für die nachfolgende Kohorte entsprechend erhöht, höchstens jedoch verdoppelt.

Programmspezifische Auswertungen

Die Ergebnisse der Auswertungen sind in den Evaluationsberichten grundsätzlich für jede antragsstellende Krankenkasse, Antragsregion und Indikation getrennt auf Basis der Kriterien darzustellen. Eine antragsübergreifende Auswertung der Programme mehrerer Krankenkassen ist nach Abstimmung mit dem BVA möglich, wenn folgende Programmbestandteile übereinstimmen:

- Programmbeschreibung,
- Verträge mit Leistungserbringern.

Bei allen Indikationen außer Brustkrebs zusätzlich:

- Konzept zur Durchführung der versichertenbezogenen Qualitätssicherung

Die Evaluationsberichte sind von der versichernden Krankenkasse zu veröffentlichen.

Evaluator

Der Evaluator muss die Evaluation nach diesen Kriterien durchführen können und auf Grund seiner personellen und technischen Ausstattung in der Lage sein, die zu erwartenden Datenmengen unverzüglich zu verarbeiten. Hierzu ist dem Evaluator eine ungefähre Schätzung der anfallenden Datenmengen vom Auftraggeber anzugeben. Der Evaluator hat eine prospektive Planung der im Rahmen der Evaluation erforderlichen Arbeitsabläufe darzustellen.

Der Evaluator muss bei der Bestellung alle wirtschaftlichen Kontakte der letzten drei Jahre vor Auftragsvergabe offen legen. Die Krankenkassen und Leistungserbringer dürfen nicht personell in Organen der Geschäftsführung oder des Aufsichtsrates des Evaluators beteiligt sein und der

Evaluator muss von Krankenkassen und deren Verbänden sowie von den beteiligten Leistungserbringern wirtschaftlich unabhängig sein. Dies ist vom Evaluator schriftlich zu erklären.

Risikoadjustierung / Vergleich der Programme

Aus methodischen (Vergleichbarkeit) und ökonomischen Gründen (Wirtschaftlichkeitsgebot) sollte gemeinsam von allen Krankenkassen eine zentrale Evaluation angestrebt werden und zu diesem Zwecke ein gemeinsamer Evaluator durch ein geeignetes Ausschreibungsverfahren ausgewählt werden.

Sofern die Evaluation aber durch mehrere Evaluatoren durchgeführt wird, sind dem BVA die gesamten Datensätze in nicht aggregierter, pseudonymisierter Form zu übermitteln. In diesem Falle wird das BVA einen Standard zum Datenumfang, -format und -träger vorgeben. Das BVA benötigt diese Daten, um Vorgaben für eine Risikoadjustierung zu erarbeiten. Diese sind von den Evaluatoren anzuwenden.

Sofern eine zentrale Evaluation durch einen einzelnen Evaluator erfolgt, entfällt die Datenübermittlung an das BVA. Der zentrale Evaluator führt in Abstimmung mit dem BVA eine Risikoadjustierung durch. Auch im Falle einer weitgehend zentralen Evaluation durch nur wenige Evaluatoren entfällt die Datenübermittlung an das BVA. Die Evaluatoren haben in diesem Fall zusätzlich die Anforderungen an den Vergleich der Programmauswertungen/ Risikoadjustierung zu beachten (Kap. 5).

Bei mehreren Evaluatoren wird eine einheitliche Evaluationsmethodik durch Testläufe und zwischen den für die einzelnen Krankenkassenarten zuständigen Koordinatoren, den Evaluatoren und dem BVA abgestimmten Rechenregeln sichergestellt.

Der Vergleich der Programme wird durch die Bildung von Halbjahreskohorten ermöglicht. Zur Vermeidung von Ergebnisverzerrungen gehen sowohl die Teilnahmedauer als auch die kalendarischen Halbjahre als Einflussgrößen in die vergleichenden, risikoadjustierten Analysen ein. Hierdurch finden sowohl Lerneffekte Berücksichtigung, die bei der Durchführung der Programme gewonnen werden, als auch Änderungen der medizinischen Leitlinien, die in allen Programmen zeitgleich angepasst werden.

Zur Bewertung einzelner Programme können bei Bedarf die Qualitätssicherungsberichte von den Krankenkassen angefordert werden.

Übergangsregelungen

Die Kosten für Hilfsmittel und Häusliche Krankenpflege sind erst ab dem Jahr 2006 darzustellen. Damit wird dem Problem Rechnung getragen, dass die versichertenbezogene Erfassung dieser Daten bei einigen Krankenkassen in der Anfangsphase noch mit Schwierigkeiten verbunden war.

Im Falle der rückwirkenden Zulassung eines Programms sind die Kosten der ambulanten ärztlichen Behandlung erstmalig für das Quartal einzubeziehen, in dem der Zulassungsbescheid erstellt wurde. Damit wird dem Problem Rechnung getragen, dass die neuen Versichertenkarten der eingeschriebenen Patienten und Patientinnen erst nach erfolgter Zulassung erstellt werden.

Im Falle der rückwirkenden Zulassung eines Programms sind in die Lebensqualitätsbefragung erstmals die Patienten und Patientinnen einzubeziehen, die sich nach erfolgter Zulassung einschreiben.

Darüber hinaus muss mit der Lebensqualitätsbefragung spätestens sechs Monate nach Veröffentlichung der Evaluationskriterien begonnen werden. Bei bis dahin bereits eingeschriebenen Patienten und Patientinnen wird keine Lebensqualitätsbefragung durchgeführt. Die erste Befragung zur Lebensqualität erfolgt davon abweichend für die Indikationen Brustkrebs und Diabetes mellitus Typ 2 auf der Basis einer Stichprobe für die Eintrittskohorte des 2. Halbjahres 2006, für die Indikation KHK auf der Basis einer Stichprobe für die Eintrittskohorte des 2. Halbjahres 2007.

Kapitel 2: Evaluation der medizinischen Inhalte

Abkürzungen

BMI	Body Mass Index
CI	Konfidenzintervall
95 % CI	95 %iges Konfidenzintervall
ED	Erst-Dokumentation
FD	Folge-Dokumentation
OAD	Orale Anti-Diabetika

2.1 Darstellungsweise

Auswertung der Kohorten

Bei Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, KHK sowie Asthma und COPD werden alle Daten einer jeden Kohorte halbjährlich ausgewertet. Bei Brustkrebs trifft das nur auf einige Daten zu (z.B. Rezidiv- und Sterberaten).

Im Hinblick auf die medizinischen Parameter ergibt sich folgender Tabellen-Standard für die Auswertung einzelner Zielwerte bzw. Kohorten-Charakteristika; mit Verlängerung bzw. Fortlaufen eines Programms wird der Tabellen-Standard vergrößert:

Eintritts- Zeitpunkt (be- ginnend mit Halbjahr des Programm- beginns)	Ausgangs- wert (ED) im Bei- tritts- halbjahr	FD im 2. Halbjahr der Teil- nahme	FD im 3. Halbjahr der Teil- nahme	FD im 4. Halbjahr der Teil- nahme	FD im 5. Halbjahr der Teil- nahme	FD im 6. Halbjahr der Teil- nahme	...
1. Halbjahr							...
2. Halbjahr						...	
3. Halbjahr					...		
4. Halbjahr				...			
5. Halbjahr			...				
:	:	:					

Eintritts-Zeitpunkt, beginnend mit Halbjahr des Programmbeginns	Wert laut ED oder mindestens einer FD innerhalb von 18 Monaten
1. Halbjahr	
2. Halbjahr	
3. Halbjahr	
4. Halbjahr	
5. Halbjahr	

:

:

Vorgehen bei mehrfachen Dokumentationen innerhalb eines halben Kalenderjahres

Wenn innerhalb eines Kalenderhalbjahres zwei oder mehr Dokumentationen vorliegen, muss – wenn in der nachfolgenden Tabelle nicht anders aufgeführt – der jeweils aus medizinischer Sicht ungünstigste Wert verwendet und jedes Ereignis gewertet werden. Wird beispielsweise nur in einem Bogen ein auffälliger Befund angegeben (z.B. ein „auffälliger Fußstatus“ bei Diabetes Mellitus Typ 2 oder „Angina pectoris Grad II“ bei KHK), so geht für diese(n) Patientin bzw. Patienten in das betroffene Halbjahr der auffällige Befund (z.B. „auffälliger Fußstatus“ bzw. „Angina pectoris Grad II“) in die Auswertung ein.

Tabelle mit Beispielen zur Bewertung „ungünstigster Wert“ bzw. „zu verwendender Wert“ bei mehr als einer FD pro Halbjahr

Parameter	Umgang bei mehreren Dokumentationen in einem Auswertungshalbjahr
Definition „Raucher“	Für das betreffende Halbjahr als „Raucher“ zu bewerten, wenn dies in mindestens einer Dokumentation angegeben wurde
Hypertonus	Jeweils letzter Blutdruck-Wert des Auswertungshalbjahres
Medikation	Jeweils letzter Wert des Auswertungshalbjahres
Fehlende Mitwirkung an veranlassten Schulungen	Ist in einem Halbjahr eine Schulungskategorie mindestens einmal als wahrgenommen dokumentiert worden, ist diese Schulung unabhängig von ggf. weiteren dokumentierten Ausprägungen als wahrgenommen zu berücksichtigen („best case“).
KHK-spezifische Intervention	Als durchgeführt zu werten, wenn in mindestens einer Dokumentation „ja“ angegeben wurde.
Neu auftretende Hypertonie	Als „neu aufgetreten“ zu werten, wenn in mindestens einer Dokumentation angegeben wurde.

Angina pectoris (Schweregrad)	Höchste („pathologischste“) dokumentierte Kategorie zu werten.
Herzinsuffizienz	Höchste („pathologischste“) dokumentierte Kategorie zu werten.
Neu auftretende Herzrhythmusstörungen	Als „neu aufgetreten“ zu werten, wenn dies in mindestens einer Dokumentation angegeben wurde.
Neu auftretender Diabetes mellitus	Als „neu aufgetreten“ zu werten, wenn dies in mindestens einer Dokumentation angegeben wurde.
neu auftretende Fettstoffwechselstörung	Als „neu aufgetreten“ zu werten, wenn dies in mindestens einer Dokumentation angegeben wurde.
Cholesterin gesamt	Letzter Wert.
LDL-Cholesterin	Letzter Wert.
Neu aufgetretener Herzinfarkt	Als „neu aufgetreten“ zu werten, wenn dies in mindestens einer Dokumentation angegeben wurde.

Sonstiges

Als Mittelwerte sind sowohl der arithmetische Mittelwert als auch der Median anzugeben. Die Angabe von Patienten und Patientinnen ohne Werte in den Folgedokumentationen bezieht sich auf die Anzahl der Patienten und Patientinnen der jeweiligen Kohorte laut Erstdokumentation. Zu jeder Tabelle ist die Zahl der auswertbaren Patienten und Patientinnen anzugeben (z.B. nach Abzug der ausgeschiedenen Patienten und Patientinnen).

Die Fälle, in denen anders verfahren werden soll, sind beschrieben (z.B. HbA1c-Zielwerte bei Diabetes mellitus Typ 2 oder Schweregrad bei typischer Angina pectoris bei KHK).

Abgesehen von Ereigniszeitanalysen, bei denen durch die Standardmethodiken fehlende Werte berücksichtigt werden (sog. zensierte Daten), sind bei Analysen Patienten und Patientinnen mit fehlenden Werten auszuschließen (kein Ersetzen von fehlenden Werten). Als Grundgesamtheit sind somit bei den halbjährlichen Analysen die verbleibenden Patienten und Patientinnen mit Werten zu berücksichtigen.

2.2 Diabetes mellitus Typ 2

Definition von primären und sekundären Endpunkten (Folgeerkrankungen)

Als primäre Endpunkte sind definiert:

- Tod,
- Herzinfarkt,
- Schlaganfall,
- Amputation,
- Blindheit.

Als sekundäre Endpunkte sind definiert:

- Diabetische Nephropathie,
- Neuropathie,
- Auffälliger Befund bei Fußstatus (Wagner-Stadium),
- pAVK,
- diabetische Retinopathie.

Darstellung von Subkohorten

Bei der Darstellung der Patienten- und Patientinnenzahlen und –merkmale, des Raucherstatus, des Hypertonus und der HbA1c-Werte sind neben der Darstellung der aggregierten Daten der einzelnen Kohorten zusätzlich die identischen Darstellungen für folgende drei Subkohorten vorzunehmen:

1. Patienten und Patientinnen ohne Endpunkte in der ED,
2. Patienten und Patientinnen mit primären Endpunkten in der ED (außer Tod),
3. Patienten und Patientinnen nur mit sekundären Endpunkten in der ED.

Patienten und Patientinnen ohne Endpunkte in der ED sind Patienten und Patientinnen, für die weder ein primärer noch ein sekundärer Endpunkt vorliegt.

Patienten und Patientinnen mit gleichzeitigem Vorliegen von primären und sekundären Endpunkten sind der Subkohorte „Patienten und Patientinnen mit primären Endpunkten“ zuzuordnen.

Histogramme

Die y-Achse stellt in Histogrammen den Prozentsatz (bzw. Rate) der Patienten und Patientinnen im jeweiligen Intervall der x-Achse in bezug auf das jeweilig dargestellte Kollektiv dar.

Form und Inhalt der

Patienten- und Patientinnenzahlen und -merkmale

ED und FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen; Geschlechtsverteilung; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI, davon:
<ul style="list-style-type: none"> • bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschiedene Patienten und Patientinnen wegen Tod: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate; • bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschiedene Patienten und Patientinnen wegen Ausschluss: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate; • bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschiedene Patienten und Patientinnen wegen Beendigung durch den Patienten: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate; bis zum Ende des Berichtshalbjahres aus sonstigen oder unbekanntem Gründen ausgeschieden: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate; • total missing : Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate; • Mittleres Alter in vollendeten Lebensjahren mit 95 % CI sowie Anzahl der Patienten und Patientinnen pro Alterskategorie (t): 1≤t<5; 5≤t<10; 10≤t<15; 15≤t<20; 20≤t<25; 25≤t<30; 30≤t<35; 35≤t<40; 40≤t<45; 45≤t<50; 50≤t<55; 55≤t<60; 60≤t<65; 65≤t<70; 70≤t<75; 75≤t<80; 80≤t<85; 85≤t<90; t≥90; • Mittleres Alter der Patienten und Patientinnen in vollendeten Lebensjahren bei Erstmanifestation mit 95 % CI sowie Anzahl der Patienten und Patientinnen pro Alterskategorie (t): 1≤t<5; 5≤t<10; 10≤t<15; 15≤t<20; 20≤t<25; 25≤t<30; 30≤t<35; 35≤t<40; 40≤t<45; 45≤t<50; 50≤t<55; 55≤t<60; 60≤t<65; 65≤t<70; 70≤t<75; 75≤t<80; 80≤t<85; 85≤t<90; t≥90; • Mittlere Dauer der Erkrankung vor Einschreibung mit 95 % CI; Histogramm in 5-Jahres-Intervallen (t): 0≤t<5, 5≤t<10, 10≤t<15, 15≤t<20 etc.

Zusätzlich identische Darstellungen für die drei Subkohorten:

1. Patienten und Patientinnen ohne Endpunkte in der ED,
2. Patienten und Patientinnen mit primären Endpunkten in der ED (außer Tod),
3. Patienten und Patientinnen nur mit sekundären Endpunkten in der ED.

Leistungserbringer

Hausärzte

Programmbeginn	Im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Praxen	Anzahl der Praxen; Anzahl der Patienten und Patientinnen pro Praxis; Zuwachs: Anzahl der Praxen

Diabetologische Schwerpunktpraxen

Programmbeginn	Im jeweiligen Halbjahr
Anzahl	Anzahl; Anzahl Patienten und Patientinnen pro Schwerpunktpraxis; Zuwachs: Anzahl der Praxen

¹ Eine Anpassung von Form und Inhalt der Evaluationsberichte an die im Rahmen der 17. RSA-ÄndV geänderte Dokumentation erfolgt mit einer der nächsten Versionen der Evaluationskriterien.

Krankenhäuser

Programmbeginn	Im jeweiligen Halbjahr
Anzahl	Anzahl; Anzahl pro Patient und Patientin; Zuwachs: Anzahl der Krankenhäuser

Rehabilitations-Einrichtungen

Programmbeginn	Im jeweiligen Halbjahr
Anzahl	Anzahl; Anzahl pro Patienten und Patientinnen; Zuwachs: Anzahl der Einrichtungen

Krankheitsverlauf nach der Einschreibung

Gewichtsentwicklung (BMI)

Der Body-Mass-Index (BMI) ist aus Gewicht und Größe zu berechnen.

ED	FD im jeweiligen Halbjahr
Mittlerer BMI mit 95 % CI; Anzahl der Patienten und Patientinnen pro BMI-Kategorie (BMI<25, 25≤BMI<30, BMI≥30)	Mittelwert mit 95 % CI; Mittlere Differenz zum Wert in der ED mit 95 % CI; Anzahl der Patienten und Patientinnen pro BMI-Kategorie (BMI<25, 25≤BMI<30, BMI≥30), Raten mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Raucherstatus

Kollektiv der Raucher laut Erstdokumentation

Raucher laut ED	FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen	Anzahl der Raucher, Rate mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Kollektiv der Nichtraucher laut Erstdokumentation

Nichtraucher laut ED	FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen	Anzahl der Nicht-Raucher, Rate mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Zusätzlich identische Darstellungen für die drei Subkohorten:

1. Patienten und Patientinnen ohne Endpunkte in der ED,
2. Patienten und Patientinnen mit primären Endpunkten in der ED (außer Tod),
3. Patienten und Patientinnen nur mit sekundären Endpunkten in der ED.

Hypertonus

Kollektiv der Patienten und Patientinnen mit schlecht eingestellter Hypertonie laut Erstdokumentation

Hypertoniker laut ED (Blutdruck systolisch \geq 140 ODER diastolisch \geq 90)	FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen; Rate in Bezug auf Gesamtzahl der Patienten und Patientinnen	Anzahl der Hypertoniker, Rate mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

ED und FD im jeweiligen Halbjahr
Jeweils dokumentierte Hypertoniker: Mittlerer systolischer sowie diastolischer Blutdruck mit 95 % CI; Alle Patienten und Patientinnen, die laut ED Hypertoniker sind bzw. waren: 1. Patienten und Patientinnen mit Blutdruck systolisch < 140 UND diastolisch < 90 UND keine antihypertensive Therapie: Anzahl, Rate mit 95 % CI, 2. Patienten und Patientinnen mit Blutdruck systolisch < 140 UND diastolisch < 90 UND antihypertensive Therapie: Anzahl, Rate mit 95 % CI, 3. Patienten und Patientinnen mit Blutdruck systolisch \geq 140 UND \leq 160 ODER diastolisch \geq 90 UND \leq 100 UND keine antihypertensive Therapie: Anzahl, Rate mit 95 % CI, 4. Patienten und Patientinnen mit Blutdruck systolisch \geq 140 UND \leq 160 ODER diastolisch \geq 90 UND \leq 100 UND antihypertensive Therapie: Anzahl, Rate mit 95 % CI, 5. Patienten und Patientinnen mit Blutdruck systolisch > 160 ODER diastolisch > 100 UND keine antihypertensive Therapie: Anzahl, Rate mit 95 % CI, 6. Patienten und Patientinnen mit Blutdruck systolisch > 160 ODER diastolisch > 100 UND antihypertensive Therapie: Anzahl, Rate mit 95 % CI.

Die Patienten und Patientinnen sind in die für sie jeweils höchste, für sie zutreffende Kategorie einzustufen.

Die Kategorisierung hat somit mit der höchsten Kategorie zu beginnen, also mit „6. Patienten und Patientinnen mit Blutdruck systolisch > 160 ODER diastolisch > 100 UND antihypertensive Therapie“. Die dort eingestuft Patienten und Patientinnen können nicht mehr in eine andere Kategorie eingestuft werden etc.

Zusätzlich identische Darstellungen für die drei Subkohorten:

1. Patienten und Patientinnen ohne Endpunkte in der ED,
2. Patienten und Patientinnen mit primären Endpunkten in der ED (außer Tod),
3. Patienten und Patientinnen nur mit sekundären Endpunkten in der ED.

HbA1c-Werte

Absolutwerte

ED und FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen; HbA1c-Mittelwert mit 95 % CI; Mittlere Differenz zum Wert in der ED mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Histogramm (Intervalle (t): $t < 6$; $6 \leq t < 6,5$; $6,5 \leq t < 7$; $7 \leq t < 7,5$; $7,5 \leq t < 8$; $8 \leq t < 8,5$; $8,5 \leq t < 9$; $9 \leq t < 9,5$; $9,5 \leq t < 10$; $10 \leq t < 10,5$; $10,5 \leq t < 11$; $11 \leq t < 11,5$; $11,5 \leq t < 12$; $t \geq 12$)

Zusätzlich identische Darstellungen für die drei Subkohorten:

1. Patienten und Patientinnen ohne Endpunkte in der ED,
2. Patienten und Patientinnen mit primären Endpunkten in der ED (außer Tod),
3. Patienten und Patientinnen nur mit sekundären Endpunkten in der ED.

Serum-Kreatinin-Werte

Absolutwerte (µmol/l)

ED und FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen; Serum-Kreatinin-Mittelwert mit 95 % CI; Mittlere Differenz zum Wert in der ED mit 95 % CI; Nicht untersucht: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI.

Medikation

ED	FD im jeweiligen Halbjahr
<ul style="list-style-type: none"> - Gesamt-Patienten- und Patientinnenzahl; - Anzahl der Patienten- und Patientinnen ohne Diabetes-spezifische Medikation, Rate mit 95 % CI; - Anzahl der Patienten und Patientinnen, die in Monotherapie mit Human- ODER Schweine-Insulin behandelt werden, Rate mit 95 % CI; - Anzahl der Patienten und Patientinnen, die in Monotherapie mit Glibenclamid behandelt werden, Rate mit 95 % CI; - Anzahl der Patienten und Patientinnen mit einem BMI > 29 UND die in Monotherapie mit Metformin behandelt werden, Rate mit 95 % CI; - Anzahl der Patienten und Patientinnen mit einem BMI ≤ 29, UND die in Monotherapie mit Metformin behandelt werden, Rate mit 95 % CI; - Anzahl der Patienten und Patientinnen, die in Monotherapie mit anderen Sulfonylharnstoffen (als Glibenclamid) behandelt werden (einschließlich Glinide), Rate mit 95 % CI; - Anzahl der Patienten und Patientinnen, die in Monotherapie mit Glukosidase-Inhibitoren behandelt werden, Rate mit 95 % CI; - Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit einer Kombination aus „vorrangigen“ OAD (Glibenclamid UND Metformin) behandelt werden, Rate mit 95 % CI; - Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit einer Kombination aus einem „vorrangigen“ UND einem „nachrangigen“ OAD behandelt werden, Rate mit 95 % CI; 	<ul style="list-style-type: none"> - Anzahl; Rate mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; - Anzahl der Patienten und Patientinnen ohne Diabetes-spezifische Medikation, Rate mit 95 % CI; - Anzahl der Patienten und Patientinnen, die in Monotherapie mit Human- ODER Schweine-Insulin behandelt werden, Rate mit 95 % CI; - Anzahl der Patienten und Patientinnen, die in Monotherapie mit Glibenclamid behandelt werden, Rate mit 95 % CI; - Anzahl der Patienten und Patientinnen mit einem BMI > 29 UND die in Monotherapie mit Metformin behandelt werden, Rate mit 95 % CI; - Anzahl der Patienten und Patientinnen mit einem BMI ≤ 29 UND die in Monotherapie mit Metformin behandelt werden, Rate mit 95 % CI; - Anzahl der Patienten und Patientinnen, die in Monotherapie mit anderen Sulfonylharnstoffen (als Glibenclamid) behandelt werden (einschließlich Glinide), Rate mit 95 % CI; - Anzahl der Patienten und Patientinnen, die in Monotherapie mit Glukosidase-Inhibitoren behandelt werden, Rate mit 95 % CI; - Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit einer Kombination aus „vorrangigen“ OAD (Glibenclamid UND Metformin) behandelt werden, Rate mit 95 % CI; - Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit einer Kombination aus einem „vorrangigen“ UND einem „nachrangigen“ OAD behandelt werden, Rate mit 95 % CI;

<ul style="list-style-type: none"> - Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit einer Kombination aus einem „vorrangigen“ UND zwei oder mehr „nachrangigen“ OAD behandelt werden, Rate mit 95 % CI; - Anzahl der Patienten und Patientinnen, die in Monotherapie mit Insulinanaloga behandelt werden, Rate mit 95 % CI; - Anzahl der Patienten und Patientinnen, die in Kombination mit Insulin UND Insulinanaloga behandelt werden, Rate mit 95 % CI; - Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit einer Kombination aus OAD UND Insulin behandelt werden (allgemein), Rate mit 95 % CI; - Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit einer Kombination aus OAD UND Insulinanaloga behandelt werden (allgemein), Rate mit 95 % CI. 	<ul style="list-style-type: none"> - Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit einer Kombination aus einem „vorrangigen“ UND zwei oder mehr „nachrangigen“ OAD behandelt werden, Rate mit 95 % CI; - Anzahl der Patienten und Patientinnen, die in Monotherapie mit Insulinanaloga behandelt werden, Rate mit 95 % CI; - Anzahl der Patienten und Patientinnen, die in Kombination mit Insulin UND Insulinanaloga behandelt werden, Rate mit 95 % CI; - Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit einer Kombination aus OAD UND Insulin behandelt werden (allgemein), Rate mit 95 % CI; - Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit einer Kombination aus OAD UND Insulinanaloga behandelt werden (allgemein), Rate mit 95 % CI.
--	--

Arzt-Patienten-Kommunikation – Fehlende Mitwirkung (Non-Compliance) an veranlassten Schulungen

Diabetes-Schulung

Dokumentationsbogen vor 9. RSA-ÄndV: „durchgeführt“ ODER „ohne Begründung abgelehnt“ in FD im jeweiligen Halbjahr dokumentiert	Dokumentationsbogen vor 9. RSA-ÄndV: „ohne Begründung abgelehnt“ in derselben FD dokumentiert*
.....
Dokumentationsbogen nach 9. RSA-ÄndV: „Ja“ ODER „Nein“ in FD im jeweiligen Halbjahr dokumentiert	Dokumentationsbogen nach 9. RSA-ÄndV: „Nein“ in derselben FD dokumentiert *
Anzahl der Patienten und Patientinnen	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

(mehrfache Schulungen bei einer/einem Patientin/ Patienten innerhalb eines Halbjahres werden nur einfach gezählt)

Hypertonie-Schulung

Dokumentationsbogen vor 9. RSA-ÄndV: „durchgeführt“ ODER „ohne Begründung abgelehnt“ in FD im jeweiligen Halbjahr dokumentiert	Dokumentationsbogen vor 9. RSA-ÄndV: „ohne Begründung abgelehnt“ in derselben FD dokumentiert*
.....
Dokumentationsbogen nach 9. RSA-ÄndV: „Ja“ ODER „Nein“ in FD im jeweiligen Halbjahr dokumentiert	Dokumentationsbogen nach 9. RSA-ÄndV: „Nein“ in derselben FD dokumentiert *
Anzahl der Patienten und Patientinnen	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

(mehrfache Schulungen bei einer/einem Patientin/ Patienten innerhalb eines Halbjahres werden nur einfach gezählt)

* Die bis zum Inkrafttreten der Dokumentationsbögen gemäß 9. RSA-ÄndV dokumentierte Angabe „ohne Begründung abgelehnt“ ist als „Nein“ zu werten und in die Auswertungen mit einzubeziehen. Dadurch soll ein Verlust von dokumentierten Daten zur fehlenden Mitwirkung an veranlassten Schulungen aufgrund von Änderungen der RSAV reduziert werden. Ist in einem Halbjahr die gleiche Schulung mindestens einmal als wahrgenommen dokumentiert worden, ist diese Schulung unabhängig von ggf. weiteren dokumentierten Ausprägungen als wahrgenommen zu berücksichtigen („best case“).

Erblindung

ED	Erblindung in mindestens einer FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der nicht erblindeten Patienten und Patientinnen mit Retinopathie	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI (Bezug: Restkohorte minus blinde Patienten und Patientinnen); Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Nephropathie

Patienten und Patientinnen mit neu auftretender Nephropathie

Patienten und Patientinnen ohne Nephropathie laut ED	Nephropathie in FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Diabetischer Fuß

Neu auftretende Fußbefunde

Patienten und Patientinnen laut ED (Wagner-Stadien)	in FD im jeweiligen Halbjahr (Wagner-Stadien)
Anzahl der Patienten und Patientinnen ohne Wagner-Stadium und ohne vorliegende Amputation	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; nach 4 Kategorien: a) Unauffälliger Fußbefund: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI, b) 0-I: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI, c) II-III: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI, d) IV-V: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Neu auftretende Osteoarthropathien

Patienten und Patientinnen ohne Osteoarthropathie laut ED	Osteoarthropathie (rechts und/ oder links) in FD im jeweiligen Halbjahr (auch bei beidseitigem Auftreten wird ein Patient bzw. eine Patientin nur einfach gewertet)
Anzahl der Patienten und Patientinnen	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Neu auftretende Amputationen

Patienten und Patientinnen ohne Amputation laut ED	Amputation in FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Herzinfarkt

Patienten und Patientinnen mit neu auftretendem Herzinfarkt

Patienten und Patientinnen ohne Herzinfarkt laut ED	Herzinfarkt in FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Schlaganfall

Patienten und Patientinnen mit neu auftretendem Schlaganfall

Patienten und Patientinnen ohne Schlaganfall laut ED	Schlaganfall in FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Nierenersatztherapie

Patienten und Patientinnen mit neu auftretender Nierenersatztherapie

Patienten und Patientinnen ohne Nierenersatztherapie laut ED	Nierenersatztherapie in FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Ophthalmologische Netzhautuntersuchung

ED	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung durchgeführt in FD innerhalb von 12 Monaten 1)
Anzahl der Patienten und Patientinnen	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI (Bezug: Restkohorte minus blinde Patienten und Patientinnen); Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

1) Es werden immer zwei aufeinander folgende Halbjahre zusammengefasst, wobei das Beitrittsjahr und ggf. ein letztes einzelnes Analysejahr nicht mit in die Auswertung eingehen.

Auftreten von primären Endpunkten und Überlebenszeit bei Patienten und Patientinnen ohne primäre ODER sekundäre Endpunkte in der Erstdokumentation

Darstellungen als Ereigniszeitanalyse – wenn möglich nach Kaplan-Meier (je Halbjahres-Kohorte)

Auftreten von primären Endpunkten sowie Überlebenszeit bei Patienten und Patientinnen ohne primären, aber mit Vorliegen von einem ODER mehreren sekundären Endpunkten in der Erstdokumentation

Darstellungen als Ereigniszeitanalyse – wenn möglich nach Kaplan-Meier (je Halbjahres-Kohorte)

Auftreten von sekundären Endpunkten und Überlebenszeit bei Patienten und Patientinnen ohne primäre ODER sekundäre Endpunkte in der Erstdokumentation

Darstellungen als Ereigniszeitanalyse – wenn möglich_nach Kaplan-Meier (je Halbjahres-Kohorte)

Progress- und Sterberaten

ED und FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI: 1. ohne Endpunkt, 2. mit sekundärem Endpunkt, 3. mit primären Endpunkt (ohne Tod), 4. verstorben; Ohne Werte (außer „4. verstorben“): Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

2.3 Brustkrebs

Definition von Auswertungsgruppen

Die Analysen bei Brustkrebs werden vor der 13. RSA-ÄndV getrennt für vier und nach der 13. RSA-ÄndV für fünf Gruppen durchgeführt. Die Definition der Gruppen wird in der folgenden Tabelle dargestellt.

Gruppe	Definition
1. Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	Patientinnen ohne Rezidiv ¹ laut Erstdokumentation und Einschreibung weniger oder gleich 12 Wochen nach Vorliegen des histologischen Nachweises eines Primärtumors
2. Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte (fortgeschrittene Primärtherapie)	Patientinnen ohne Rezidiv ¹ laut Erstdokumentation und Einschreibung mehr als 12 Wochen nach Vorliegen des histologischen Nachweises eines Primärtumors
3. Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung	Patientinnen mit Datum des histologischen Nachweises eines lokoregionärem Rezidivs laut der Erstdokumentation UND ohne Nachweis einer Fernmetastasierung
4. Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung (ab 13. RSA-ÄndV)	Patientinnen mit Datum des histologischen Nachweises eines kontralateralen Brustkrebs laut Erstdokumentation UND ohne histologischen Nachweis eines lokoregionären Rezidivs ² UND ohne histologischen Nachweis einer Fernmetastasierung
5. Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung	Patientinnen mit Datum des histologischen Nachweises einer Fernmetastasierung laut Erstdokumentation

¹ d.h. ohne lokoregionärem Rezidiv UND ohne kontralateralem Tumor UND ohne Fernmetastasierung

² Ausnahme: der histologische Nachweis eines lokoregionären Rezidivs liegt länger als viereinhalb Jahre zurück

Form und Inhalt der Evaluationsberichte

Patientinnenzahlen und -merkmale

Patientinnen laut ED und FD nach jeweils einem halben Jahr	
Alle Patientinnen:	
Anzahl;	
Ohne Werte laut FD: Anzahl der Patientinnen, Rate mit 95 % CI, davon:	
bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschiedene Patientinnen wegen Tod: Anzahl der Patientinnen, Rate;	
bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschiedene Patientinnen wegen Ausschluss: Anzahl der Patientinnen, Rate;	
bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschiedene Patientinnen wegen Beendigung durch die Patientin: Anzahl der Patientinnen, Rate;	
bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschiedene Patientinnen wegen regelhafter Beendigung: Anzahl der Patientinnen, Rate;	
bis zum Ende des Berichtshalbjahres aus sonstigen oder unbekanntem Gründen ausgeschiedene Patientinnen: Anzahl der Patientinnen, Rate;	
total missing: Anzahl der Patientinnen, Rate;	
Mittleres Alter mit 95 % CI sowie Anzahl der Patientinnen pro Alterskategorie (t): $t < 15$; $15 \leq t < 20$; $20 \leq t < 25$; $25 \leq t < 30$; $30 \leq t < 35$; $35 \leq t < 40$; $40 \leq t < 45$; $45 \leq t < 50$; $50 \leq t < 55$; $55 \leq t < 60$; $60 \leq t < 65$; $65 \leq t < 70$; $70 \leq t < 75$; $75 \leq t < 80$; $80 \leq t < 85$; $85 \leq t$;	
Mittleres Alter der Patientinnen bei Erstmanifestation mit 95 % CI sowie Anzahl der Patientinnen pro Alterskategorie (t) $t < 15$; $15 \leq t < 20$; $20 \leq t < 25$; $25 \leq t < 30$; $30 \leq t < 35$; $35 \leq t < 40$; $40 \leq t < 45$; $45 \leq t < 50$; $50 \leq t < 55$; $55 \leq t < 60$; $60 \leq t < 65$; $65 \leq t < 70$; $70 \leq t < 75$; $75 \leq t < 80$; $80 \leq t < 85$; $85 \leq t$;	
Mittlere Dauer der Erkrankung vor Einschreibung mit 95 % CI; Histogramm in 5-Jahres-Intervallen (t): $0 \leq t < 5$; $5 \leq t < 10$; $10 \leq t < 15$; $15 \leq t < 20$ etc.	
ebenso jeweils für die folgenden Untergruppen:	
Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte (ohne Angabe zu Mittlerem Alter mit 95 % CI sowie Anzahl der Patientinnen pro Alterskategorie sowie Mittlere Dauer der Erkrankung vor Einschreibung mit 95 % CI; Histogramm in 5-Jahres-Intervallen)	
hier zusätzlich TNM-Stadien und Rezeptorstatus bei Einschreibung	
Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte (fortgeschrittene Primärtherapie) (Angabe der Anzahl der Patientinnen je Alterskategorie nur bei Mittlerem Alter bei Erstmanifestation),	
Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung (ohne Angabe der Anzahl der Patientinnen je Alterskategorie)	
Patientinnen mit kontralateralem Tumor bei Einschreibung (ab 13.RSA-ÄndV) (ohne Angabe der Anzahl der Patientinnen je Alterskategorie)	
Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung (ohne Angabe der Anzahl der Patientinnen je Alterskategorie)	

Leistungserbringer

Hausärzte

Programmbeginn	nach jeweils einem halben Jahr
Anzahl der Praxen	Anzahl der Praxen; Anzahl der Patientinnen pro Praxis; Zuwachs: Anzahl der Praxen

Gynäkologen

Programmbeginn	nach jeweils einem halben Jahr
Anzahl der Praxen	Anzahl der Praxen; Anzahl der Patientinnen pro Praxis; Zuwachs: Anzahl der Praxen

*Onkologisch qualifizierte koordinierende Ärzte**

Programmbeginn	nach jeweils einem halben Jahr
Anzahl der Praxen	Anzahl; Anzahl der Patientinnen pro Praxis; Zuwachs: Anzahl der Praxen

* Hierunter sind als koordinierende Ärzte teilnehmende Internisten mit Spezialisierung „internistische Onkologie und Hämatologie“ sowie Gynäkologen mit Spezialisierung „Gynäkologische Onkologie“ zu verstehen.

Stationäre Einrichtungen insgesamt

Programmbeginn	nach jeweils einem halben Jahr
Anzahl	Anzahl; Anzahl der Patientinnen pro Einrichtung; Zuwachs: Anzahl der Einrichtungen

Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte (Gruppe 1)

Patientinnen mit Tumorgröße pTis, pT1 bis pT2: Brusterhaltende Therapie

Patientinnen laut ED (pTis, pT1, pT2)	Brusterhaltende Therapie in ED
Anzahl der Patientinnen	Anzahl der Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Patientinnen nach axillärer Lymphonodektomie: Anzahl entfernter Lymphknoten

Patientinnen mit axillärer Lymphonodektomie laut ED	Mehr als 9 Lymphknoten entfernt laut ED
Anzahl der Patientinnen	Anzahl der Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Patientinnen nach brusterhaltender Therapie (BET): Strahlentherapie der Brust

Patientinnen mit BET laut ED	Strahlentherapie in der ED ODER mindestens einer FD innerhalb von 18 Monaten
Anzahl der Patientinnen	Anzahl der Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Patientinnen mit Tumorgröße pT3/ pT4 nach Mastektomie: Strahlentherapie

Patientinnen mit pT3/pT4-Tumor laut ED	Strahlentherapie in der ED ODER mindestens einer FD innerhalb von 18 Monaten
Anzahl der Patientinnen	Anzahl der Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Patientinnen mit R1/ R2-Resektion nach Mastektomie: Strahlentherapie

Patientinnen mit R1/R2-Resektion laut ED	Strahlentherapie in der ED ODER mindestens einer FD innerhalb von 18 Monaten
Anzahl der Patientinnen	Anzahl der Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Patientinnen nach Mastektomie UND Resektion von mehr als drei befallenen Lymphknoten nach axillärer Lymphonodektomie: Strahlentherapie

Patientinnen, bei denen mehr als 3 positive Lymphknoten aus der Axilla laut ED reseziert wurden	Strahlentherapie in der ED ODER mindestens einer FD innerhalb von 18 Monaten
Anzahl der Patientinnen	Anzahl der Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Patientinnen mit einem niedrigen Risiko: Keine Chemotherapie

Patientinnen, die der Gruppe mit einem niedrigen Risiko³ zuzuordnen sind

Patientinnen mit einem niedrigen Risiko laut ED	Keine Chemotherapie laut ED UND allen FD innerhalb von 18 Monaten
Anzahl der Patientinnen	Anzahl der Patientinnen, Rate mit 95 % CI

³ Zu der Gruppe mit niedrigem Risiko gehören Frauen, für die alle folgenden Merkmale gleichzeitig zutreffen: Alter größer gleich 35 Jahre, Karzinom kleiner gleich 2 cm, hochdifferenziert (Grading G1), rezeptorpositiv (ER+ und/ oder PR+) sowie nodalnegativ

Überlebenszeit

Alle Patientinnen je Halbjahres-Kohorte

Darstellung als Ereigniszeitanalyse – wenn möglich nach Kaplan-Meier

Tumorfremie Überlebenszeit

Alle Patientinnen je Halbjahres-Kohorte

Darstellung als Ereigniszeitanalyse – wenn möglich nach Kaplan-Meier

Rezidiv- und Sterberaten

ED	FD nach jeweils einem halben Jahr
Anzahl aller Patientinnen	Anzahl der Patientinnen, Rate mit 95 % CI: 1. Lokoregionäres Rezidiv ODER kontralateraler Tumor, 2. mit Metastasierung, 3. die verstorben sind; Ohne Werte (außer „3. die verstorben sind“): Anzahl der Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte (fortgeschrittene Primärtherapie) (Gruppe 2) sowie Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung (Gruppe 3) sowie Patientinnen mit kontralateralem Tumor bei Einschreibung (ab 13. RSA-ÄndV) (Gruppe 4)

für jede dieser drei Gruppen getrennt:

Überlebenszeit

Alle Patientinnen

Darstellung als Ereigniszeitanalyse – wenn möglich nach Kaplan-Meier

Tumorfremie Überlebenszeit

Alle Patientinnen

Darstellung als Ereigniszeitanalyse – wenn möglich nach Kaplan-Meier

Rezidiv- und Sterberaten

ED	FD nach jeweils einem halben Jahr
Anzahl aller Patientinnen	Anzahl der Patientinnen, Rate mit 95 % CI: 1. Lokoregionäres Rezidiv ODER kontralateraler Tumor, 2. mit Metastasierung, 3. die verstorben sind; Ohne Werte (außer „3. die verstorben sind“): Anzahl der Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Patientinnen mit Metastasierung bei Einschreibung (Gruppe 5)

Überlebenszeit

Alle Patientinnen je Halbjahres-Kohorte

Darstellung als Ereigniszeitanalyse – wenn möglich nach Kaplan-Meier

Sterberate

ED	FD bzw. Daten nach jeweils einem halben Jahr
Anzahl aller Patientinnen	Anzahl der verstorbenen Patientinnen, Rate mit 95 % CI

2.4 Koronare Herzerkrankung

Definition von primären und sekundären Endpunkten (Folgeerkrankungen)

Als primäre Endpunkte sind definiert:

- Tod,
- Herzinfarkt.

Als sekundäre Endpunkte sind definiert:

- Neuauftreten oder Verschlimmerung der Herzinsuffizienz,
- wiederholte Revaskularisierung innerhalb eines Jahres.

Darstellung von Subkohorten

Bei der Darstellung der Patienten und Patientinnenzahlen und –merkmale, des Raucherstatus, des Hypertonus sind neben der Darstellung der aggregierten Daten der einzelnen Kohorten zusätzlich die identischen Darstellungen für folgende zwei Subkohorten vorzunehmen:

1. Patienten und Patientinnen ohne Herzinfarkt in der ED,
2. Patienten und Patientinnen mit Herzinfarkt in der ED.

Histogramme

Die y-Achse stellt in Histogrammen den Prozentsatz (bzw. Rate) der Patienten und Patientinnen im jeweiligen Intervall der x-Achse in bezug auf das jeweilig dargestellte Kollektiv dar.

Form und Inhalt der

Patienten- und Patientinnenzahlen und -merkmale

ED und FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl; Geschlechtsverteilung; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI, davon: <ul style="list-style-type: none"> • bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschiedene Patienten und Patientinnen wegen Tod: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate; • bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschiedene Patienten und Patientinnen wegen Ausschluss: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate; • bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschiedene Patienten und Patientinnen wegen Beendigung durch den Patienten/die Patientin: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate; • bis zum Ende des Berichtshalbjahres aus sonstigen oder unbekanntem Gründen ausgeschiedene Patienten und Patientinnen: Anzahl der Patienten und Patientinnen; Rate; • total missing : Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate; • Mittleres Alter in vollendeten Lebensjahren mit 95 % CI sowie Anzahl der Patienten und Patientinnen pro Alterskategorie (t): $1 \leq t < 5$; $5 \leq t < 10$; $10 \leq t < 15$; $15 \leq t < 20$; $20 \leq t < 25$; $25 \leq t < 30$; $30 \leq t < 35$; $35 \leq t < 40$; $40 \leq t < 45$; $45 \leq t < 50$; $50 \leq t < 55$; $55 \leq t < 60$; $60 \leq t < 65$; $65 \leq t < 70$; $70 \leq t < 75$; $75 \leq t < 80$; $80 \leq t < 85$; $85 \leq t < 90$; $t \geq 90$; • Mittleres Alter der Patienten und Patientinnen in vollendeten Lebensjahren bei Erstmanifestation mit 95 % CI sowie Anzahl der Patienten und Patientinnen pro Alterskategorie (t): $1 \leq t < 5$; $5 \leq t < 10$; $10 \leq t < 15$; $15 \leq t < 20$; $20 \leq t < 25$; $25 \leq t < 30$; $30 \leq t < 35$; $35 \leq t < 40$; $40 \leq t < 45$; $45 \leq t < 50$; $50 \leq t < 55$; $55 \leq t < 60$; $60 \leq t < 65$; $65 \leq t < 70$; $70 \leq t < 75$; $75 \leq t < 80$; $80 \leq t < 85$; $85 \leq t < 90$; $t \geq 90$; • Mittlere Dauer der Erkrankung vor Einschreibung mit 95 % CI; Histogramm in 5-Jahres-Intervallen (t): $0 \leq t < 5$, $5 \leq t < 10$, $10 \leq t < 15$, $15 \leq t < 20$ etc.

Zusätzlich identische Darstellungen für die zwei Subkohorten:

1. Patienten und Patientinnen ohne Herzinfarkt in der ED,
2. Patienten und Patientinnen mit Herzinfarkt in der ED.

Leistungserbringer

Hausärzte

Programmbeginn	Im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Praxen	Anzahl der Praxen; Anzahl Patienten und Patientinnen pro Praxis; Zuwachs: Anzahl der Praxen

Kardiologisch qualifizierte Ärzte bzw. Einrichtung (ambulant) insgesamt

Programmbeginn	Im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Praxen bzw. Einrichtungen	Anzahl der Praxen bzw. Einrichtungen; Anzahl Patienten und Patientinnen pro Praxis bzw. Einrichtung; Zuwachs: Anzahl der Praxen bzw. Einrichtungen

² Eine Anpassung von Form und Inhalt der Evaluationsberichte an die im Rahmen der 17. RSA-ÄndV geänderte Dokumentation erfolgt mit einer der nächsten Versionen der Evaluationskriterien.

Invasiv tätige ambulante Kardiologen

Programmbeginn	Im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Praxen	Anzahl; Anzahl Patienten und Patientinnen pro Praxis; Zuwachs: Anzahl der Praxen

Krankenhäuser

Programmbeginn	Im jeweiligen Halbjahr
Anzahl	Anzahl; Patienten und Patientinnen pro Krankenhaus; Zuwachs: Anzahl der Krankenhäuser

Rehabilitations-Einrichtungen

Programmbeginn	Im jeweiligen Halbjahr
Anzahl	Anzahl; Patienten und Patientinnen pro Einrichtung; Zuwachs: Anzahl der Einrichtungen

Krankheitsverlauf nach der Einschreibung

Raucherstatus

Kollektiv der Raucher laut Erstdokumentation

Raucher laut ED	FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen	Anzahl der Raucher, Rate mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Kollektiv der Nichtraucher laut Erstdokumentation

Nichtraucher laut ED	FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen	Anzahl der Nicht-Raucher, Rate mit 95 % CI Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Zusätzlich identische Darstellungen für die zwei Subkohorten:

1. Patienten und Patientinnen ohne Herzinfarkt in der ED,
2. Patienten und Patientinnen mit Herzinfarkt in der ED.

Hypertonus

Kollektiv der Patienten und Patientinnen mit Hypertonus laut Erstdokumentation

Hypertoniker laut ED (Blutdruck systolisch \geq 140 ODER diastolisch \geq 90)	FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen; Rate in Bezug auf Gesamtzahl der Patienten und Patientinnen	Anzahl der Hypertoniker, Rate mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

ED und FD im jeweiligen Halbjahr
<p>Jeweils dokumentierte Hypertoniker: Mittlerer systolischer sowie diastolischer Blutdruck mit 95 % CI; Alle Patienten und Patientinnen, die laut ED Hypertoniker sind bzw. waren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patienten und Patientinnen mit Blutdruck systolisch < 140 UND diastolisch < 90 UND keine antihypertensive Therapie*: Anzahl, Rate mit 95 % CI, 2. Patienten und Patientinnen mit Blutdruck systolisch < 140 UND diastolisch < 90 UND antihypertensive Therapie*: Anzahl, Rate mit 95 % CI, 3. Patienten und Patientinnen mit Blutdruck systolisch \geq 140 UND \leq 160 ODER diastolisch \geq 90 und \leq 100 UND keine antihypertensive Therapie*: Anzahl, Rate mit 95 % CI, 4. Patienten und Patientinnen mit Blutdruck systolisch \geq 140 UND \leq 160 ODER diastolisch \geq 90 und \leq 100 UND antihypertensive Therapie*: Anzahl, Rate mit 95 % CI, 5. Patienten und Patientinnen mit Blutdruck systolisch > 160 ODER diastolisch > 100 UND keine antihypertensive Therapie*: Anzahl, Rate mit 95 % CI, 6. Patienten und Patientinnen mit Blutdruck systolisch > 160 ODER diastolisch > 100 UND antihypertensive Therapie*: Anzahl, Rate mit 95 % CI.

* In der Auswertung sind als antihypertensive Therapie zu werten: β -Blocker ODER ACE-Hemmer ODER Kalziumantagonisten

Die Patienten und Patientinnen sind in die für sie jeweils höchste, für sie zutreffende Kategorie einzustufen.

Die Kategorisierung hat somit mit der höchsten Kategorie zu beginnen, also mit „6. Patienten und Patientinnen mit Blutdruck systolisch > 160 und/ oder diastolisch > 100 und antihypertensive Therapie“. Die dort eingestuft Patienten und Patientinnen können nicht mehr in eine andere Kategorie eingestuft werden etc.

Zusätzlich identische Darstellungen für die zwei Subkohorten:

1. Patienten und Patientinnen ohne Herzinfarkt in der ED,
2. Patienten und Patientinnen mit Herzinfarkt in der ED.

Medikation

ED	FD im jeweiligen Halbjahr
- Gesamt-Patienten und Patientinnen und Patientinnenanzahl;	- Anzahl der Patienten und Patientinnen; Rate mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI;
- Anzahl der Patienten und Patientinnen ohne KHK-spezifische Medikation, Rate mit 95 % CI;	- Anzahl der Patienten und Patientinnen ohne KHK-spezifische Medikation, Rate mit 95 % CI;
- Anzahl der Patienten und Patientinnen mit KHK-spezifischer Medikation, Rate mit 95 % CI;	- Anzahl der Patienten und Patientinnen mit KHK-spezifischer Medikation, Rate mit 95 % CI;
- Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit β -Blockern behandelt werden, Rate mit 95 % CI;	- Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit β -Blockern behandelt werden, Rate mit 95 % CI;
- Anzahl der Patienten und Patientinnen, die nicht mit β -Blockern behandelt werden, Rate mit 95 % CI;	- Anzahl der Patienten und Patientinnen, die nicht mit β -Blockern behandelt werden, Rate mit 95 % CI;
- Anzahl der Patienten und Patientinnen, bei denen eine	- Anzahl der Patienten und Patientinnen, bei denen eine

<p>Kontraindikation für β-Blocker vorlag, Rate mit 95 % CI;</p> <ul style="list-style-type: none">- Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit Statinen behandelt werden, Rate mit 95 % CI;- Anzahl der Patienten und Patientinnen, die nicht mit Statinen behandelt werden, Rate mit 95 % CI;- Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit mehreren KHK-spezifischen Medikamenten behandelt werden, Rate mit 95 % CI;- Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit Thrombozytenaggregationshemmern behandelt werden, Rate mit 95 % CI;- Anzahl der Patienten und Patientinnen, die nicht mit Thrombozytenaggregationshemmern behandelt werden, Rate mit 95 % CI;- Anzahl der Patienten und Patientinnen, bei denen eine Kontraindikation für Thrombozytenaggregationshemmer vorlag, Rate mit 95 % CI;- Anzahl Patienten und Patientinnen mit ACE-Hemmern bei Herzinsuffizienz, Rate mit 95 % CI;- Anzahl Patienten und Patientinnen ohne ACE-Hemmer bei Herzinsuffizienz, Rate mit 95 % CI;- Anzahl Patienten und Patientinnen, die mit Nitraten behandelt werden, Rate mit 95 % CI;- Anzahl Patienten und Patientinnen, die nicht mit Nitraten behandelt werden, Rate mit 95 % CI; - Anzahl Patienten und Patientinnen, die mit Ca-Antagonisten behandelt werden, Rate mit 95 % CI;- Anzahl Patienten und Patientinnen, die nicht mit Ca-Antagonisten behandelt werden, Rate mit 95 % CI;- Anzahl Patienten und Patientinnen mit Herzinsuffizienz, die weder ACE-Hemmer noch β-Blocker erhalten, Rate mit 95 % CI.	<p>ne Kontraindikation für β-Blocker vorlag, Rate mit 95 % CI;</p> <ul style="list-style-type: none">- Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit Statinen behandelt werden, Rate mit 95 % CI;- Anzahl der Patienten und Patientinnen, die nicht mit Statinen behandelt werden, Rate mit 95 % CI;- Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit mehreren KHK-spezifischen Medikamenten behandelt werden, Rate mit 95 % CI;- Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit Thrombozytenaggregationshemmern behandelt werden, Rate mit 95 % CI;- Anzahl der Patienten und Patientinnen, die nicht mit Thrombozytenaggregationshemmern behandelt werden, Rate mit 95 % CI;- Anzahl der Patienten und Patientinnen, bei denen eine Kontraindikation für Thrombozytenaggregationshemmer vorlag, Rate mit 95 % CI;- Anzahl Patienten und Patientinnen mit ACE-Hemmern bei Herzinsuffizienz, Rate mit 95 % CI;- Anzahl Patienten und Patientinnen ohne ACE-Hemmer bei Herzinsuffizienz, Rate mit 95 % CI;- Anzahl Patienten und Patientinnen, die mit Nitraten behandelt werden, Rate mit 95 % CI;- Anzahl Patienten und Patientinnen, die nicht mit Nitraten behandelt werden, Rate mit 95 % CI; - Anzahl Patienten und Patientinnen, die mit Ca-Antagonisten behandelt werden, Rate mit 95 % CI;- Anzahl Patienten und Patientinnen, die nicht mit Ca-Antagonisten behandelt werden, Rate mit 95 % CI;- Anzahl Patienten und Patientinnen mit Herzinsuffizienz, die weder ACE-Hemmer noch β-Blocker erhalten, Rate mit 95 % CI.
---	--

Arzt-Patienten-Kommunikation – Fehlende Mitwirkung (Non-Compliance) an veranlassten Schulungen

Diabetes-Schulung

Dokumentationsbogen nach 9. RSA-ÄndV: empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) „Ja“ ODER „Nein“	Dokumentationsbogen nach 9. RSA-ÄndV: „Nein“ in derselben FD dokumentiert *
Anzahl der Patienten und Patientinnen	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI;

(mehrfache Schulungen bei einer/einem Patientin/ Patienten innerhalb eines Halbjahres werden nur einfach gezählt)

Hypertonie-Schulung

Dokumentationsbogen nach 9. RSA-ÄndV: empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) „Ja“ ODER „Nein“	Dokumentationsbogen nach 9. RSA-ÄndV: „Nein“ in derselben FD dokumentiert *
Anzahl der Patienten und Patientinnen	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

(mehrfache Schulungen bei eine/einem Patientin/ Patienten innerhalb eines Halbjahres werden nur einfach gezählt)

INR-Schulung

Dokumentationsbogen nach 9. RSA-ÄndV: empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) „Ja“ ODER „Nein“	Dokumentationsbogen nach 9. RSA-ÄndV: „Nein“ in derselben FD dokumentiert *
Anzahl der Patienten und Patientinnen	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

(mehrfache Schulungen bei einer/einem Patientin/ Patienten innerhalb eines Halbjahres werden nur einfach gezählt)

* Ist in einem Halbjahr die gleiche Schulung mindestens einmal als wahrgenommen dokumentiert worden, ist diese Schulung unabhängig von ggf. weiteren dokumentierten Ausprägungen als wahrgenommen zu berücksichtigen („best case“).

KHK-spezifische Intervention

Percutane Intervention

ED	percutane Intervention in mindestens einer FD im jeweiligen Halbjahr*
Anzahl der Patienten und Patientinnen	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Bypass-Operation

ED	Bypass-Operation in mindestens einer FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Wiederholte Revaskularisationen innerhalb eines Jahres

≥ 2 Percutane Interventionen ODER Bypässe (alle Ereignisse sind zu addieren) innerhalb zweier aufeinander folgender Auswertungshalbjahre	
Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI;	
Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI	

Hypertonie

Patienten und Patientinnen mit neu auftretender Hypertonie

Patienten und Patientinnen ohne Hypertonie* laut ED	Hypertonie* in FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

* Hypertonie entspricht Begleiterkrankung Hypertonie angekreuzt und/oder RR syst. ≥ 140 und/oder diastol. ≥ 90 mmHg

Angina pectoris

Schweregrad bei typischer Angina pectoris

ED und FD im jeweiligen Halbjahr	
Anzahl der Patienten und Patientinnen; Schweregrad- Median* mit 95 % CI; Histogramm des Schweregrades (Intervalle (t): t<I; I≤t<II, II≤t<III; III≤t<IV; t=IV); Mittlere Differenz zum Wert in der ED mit 95 % CI;	
Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI	

* in die Berechnung des Schweregradmedian gehen nur die Patienten ein, für die im Halbjahr eine Schweregradangabe vorhanden ist

Herzinsuffizienz

Patienten und Patientinnen mit neu auftretender Herzinsuffizienz

Patienten und Patientinnen ohne Herzinsuffizienz laut ED	Herzinsuffizienz in FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Schweregrad (Intervalle (t): t<I; I≤t<II, II≤t<III; III≤t<IV; t=IV); Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Symptomatische Herzrhythmusstörung

Patienten und Patientinnen mit neu auftretenden Herzrhythmusstörungen

Patienten und Patientinnen ohne symptomatische Herzrhythmusstörung laut ED	Symptomatische Herzrhythmusstörung in FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Diabetes mellitus

Patienten und Patientinnen mit neu auftretendem Diabetes mellitus

Patienten und Patientinnen ohne Diabetes mellitus laut ED	Diabetes mellitus in FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Fettstoffwechselstörung

Patienten und Patientinnen mit neu auftretender Fettstoffwechselstörung

Patienten und Patientinnen ohne Fettstoffwechselstörung laut ED	Fettstoffwechselstörung in FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Cholesterin, gesamt

Absolutwerte

ED und FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen; Gesamt-Cholesterin-Mittelwert mit 95 % CI; Mittlere Differenz zum Wert in der ED mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Histogramm (Intervalle (t): $t < 50$ mg/dl; $50 \text{ mg/dl} \leq t < 100$ mg/dl; $100 \text{ mg/dl} \leq t < 150$ mg/dl; $150 \text{ mg/dl} \leq t < 200$ mg/dl; $200 \text{ mg/dl} \leq t < 250$ mg/dl; $250 \text{ mg/dl} \leq t < 300$ mg/dl; $300 \text{ mg/dl} \leq t < 350$ mg/dl; $350 \text{ mg/dl} \leq t < 400$ mg/dl; $t \geq 400$ mg/dl)

LDL-Cholesterin

Absolutwerte

ED und FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen; LDL-Cholesterin-Mittelwert mit 95 % CI; Mittlere Differenz zum Wert in der ED mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Histogramm (Intervalle (t): $t < 70$ mg/dl; $70 \text{ mg/dl} \leq t < 100$ mg/dl; $100 \text{ mg/dl} \leq t < 130$ mg/dl; $130 \text{ mg/dl} \leq t < 160$ mg/dl; $160 \text{ mg/dl} \leq t < 200$ mg/dl; $t \geq 200$ mg/dl)

Herzinfarkt

Patienten und Patientinnen mit neu auftretendem Herzinfarkt

Patienten und Patientinnen ohne Herzinfarkt laut ED	Herzinfarkt in FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Akutes Koronarsyndrom

Patienten und Patientinnen mit neu auftretendem akutem Koronarsyndrom

Patienten und Patientinnen ohne akutes Koronarsyndrom laut ED	Akutes Koronarsyndrom in FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Auftreten von primären Endpunkten und Überlebenszeit bei Patienten und Patientinnen ohne primäre Endpunkte in der Erstdokumentation

Darstellungen als Ereigniszeitanalyse – wenn möglich nach Kaplan-Meier (je Halbjahres-Kohorte)

Auftreten von sekundären Endpunkten und Überlebenszeit bei Patienten und Patientinnen ohne primäre Endpunkte in der Erstdokumentation

Darstellungen als Ereigniszeitanalyse – wenn möglich nach Kaplan-Meier (je Halbjahres-Kohorte)

Progress- und Sterberaten

ED und FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI: 1. ohne Endpunkt, 2. mit sekundärem Endpunkt (außer ED), 3. mit primären Endpunkt (wenn nicht im Halbjahr verstorben), 4. verstorben; Ohne Werte (außer „4. verstorben“): Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

2.5 Diabetes mellitus Typ 1

Vorbemerkungen

Geschlechtsspezifische Auswertungen und altersgruppierte Auswertungen für Kinder: Krankenkassenübergreifende Auswertungen sind möglich. Gleichrangig zu den übergreifenden Auswertungen bleibt auch die Möglichkeit, diese Analysen in einzelne Berichte aufzunehmen: Eine von beiden Möglichkeiten muss ausgewählt werden.

Sofern eine Auswertung nach Geschlecht (Mann, Frau) oder nach Alterskategorien (<18 Jahre, <12 Jahre, <6 Jahre) vorgesehen ist, wird die betreffende Kohorte nicht dargestellt, wenn in einer Kohorte diese mit weniger als 10 Patienten und / oder Patientinnen besetzt ist, wobei bei den Kinder-Alterskategorien kumulierte Wertebereiche zu bilden sind.

Die primären Endpunkte sind: Tod, Herzinfarkt, Schlaganfall, Nierenersatztherapie, Amputation, Blindheit. Die sekundären Endpunkte sind: Diabetische Nephropathie und Neuropathie, auffälliger Befund beim Fußstatus (Wagner/Armstrong-Stadium), pAVK, KHK, diabetische (proliferative) Retinopathie.

Bei der Auswertung nach den Alterskategorien der Kinder sollen die entsprechenden Alterssubkohorten anhand des Alters zum Zeitpunkt des jeweiligen Auswertungshalbjahres gebildet werden und nicht anhand des Alters zum Zeitpunkt der Erstdokumentation gebildet und fixiert werden.

Form und Inhalt der Evaluationsberichte

Patienten- und Patientinnenzahlen und -merkmale

ED und FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl; Geschlechtsverteilung; Anzahl Nichtvolljährige (alle Kinder); Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder <6 Jahre; Geschlechtsverteilung,
Im Berichtshalbjahr ausgeschiedene Patienten und Patientinnen: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung, Anzahl der Kinder (<18; <6 Jahre*), Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung, davon: bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschiedene Patienten und Patientinnen wegen Tod: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate; bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschiedene Patienten und Patientinnen wegen Ausschluss: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate; bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschiedene Patienten und Patientinnen wegen Beendigung durch den Patienten: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate; bis zum Ende des Berichtshalbjahres aus sonstigen oder unbekanntem Gründen ausgeschiedene Patienten und Patientinnen: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate; total missing: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate;
Mittleres Alter in vollendeten Lebensjahren mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung, sowie Anzahl der Patienten und Patientinnen

tinnen pro Alterskategorie (t): $1 \leq t < 6$; $6 \leq t < 12$; $12 \leq t < 18$; $18 \leq t < 30$; $30 \leq t < 45$; $45 \leq t < 70$; $t \geq 70$; jeweils mit Geschlechtsverteilung;

Mittleres Alter der Patienten und Patientinnen in vollendeten Lebensjahren bei Erstmanifestation mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung, sowie Anzahl der Patienten Patientinnen pro Alterskategorie (t): $1 \leq t < 6$; $6 \leq t < 12$; $12 \leq t < 18$; $18 \leq t < 30$; $30 \leq t < 45$; $45 \leq t < 70$; $t \geq 70$; Geschlechtsverteilung;

Mittlere Dauer der Erkrankung vor Einschreibung mit 95 % CI; Histogramm nach Zeitdauerklassen (d), Einheit in Jahren, Geschlechtsverteilung, Klassierung $d \leq 1$, $1 < d \leq 5$, $5 < d \leq 10$, $10 < d \leq 30$, $d > 30$

* hier und in den weiteren Tabellen bedeuten diese Zahlen bei den Kindern immer das Alter in Jahren

Zusätzlich identische Darstellungen für die 3 Subkohorten:

1. Patienten und Patientinnen ohne Endpunkte in der ED
2. Patienten und Patientinnen mit primären Endpunkten in der ED
3. Patienten und Patientinnen nur mit sekundären Endpunkten in der ED

Leistungserbringer

Sollten die in den nachfolgenden Tabellen angegebenen Auswertungen für einzelne Leistungserbringer nicht möglich sein, so hat die Dokumentation gleichwohl mit Nennung der Tabellenüberschrift unter Angabe der Gründe zu erfolgen.

Diabetologisch qualifizierte Ärzte

Programmbeginn	Im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Praxen	Anzahl der Praxen; Anzahl Patienten und Patientinnen pro diabetologisch qualifizierter Praxis; Veränderung: Anzahl der Praxen; Anzahl Kinder (<18; <12; <6) pro diabetologisch qualifizierter Praxis; Veränderung: Anzahl der Praxen

Diabetologisch qualifizierte Kinderärzte

Programmbeginn	Im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Praxen	Anzahl der Praxen; Anzahl Kinder (<18; <12; <6) pro diabetologisch qualifizierter Kinderarztpraxis; Veränderung: Anzahl der Praxen

Hausärzte

Programmbeginn	Im jeweiligen Halbjahr
Anzahl	Anzahl der Praxen; Anzahl Patienten und Patientinnen pro Hausarzt-Praxis; Veränderung : Anzahl der Praxen; Anzahl Kinder (<18; <12; <6) pro Praxis; Veränderung: Anzahl der Praxen

Fachärztliche Internisten (mit diabetologischer Qualifikation)

Programmbeginn	Im jeweiligen Halbjahr
Anzahl	Anzahl der Praxen; Anzahl Patienten und Patientinnen pro fachärztlicher Internisten-Praxis; Veränderung: Anzahl der Praxen; Anzahl Kinder (<18; <12; <6) pro fachärztlicher Internisten-Praxis; Veränderung: Anzahl der Praxen

Diabetologisch qualifizierte Krankenhäuser

Programmbeginn	Im jeweiligen Halbjahr
Anzahl	Anzahl; Anzahl Patienten und Patientinnen pro Krankenhaus; Veränderung: Anzahl der Krankenhäuser; Anzahl; Anzahl Kinder (<18; <12; <6) pro Krankenhaus; Veränderung: Anzahl der Krankenhäuser

Diabetologisch qualifizierte Kinderkrankenhäuser

Programmbeginn	Im jeweiligen Halbjahr
Anzahl	Anzahl; Anzahl Kinder (<18; <12; <6) pro Kinderkrankenhaus; Veränderung: Anzahl der Krankenhäuser

Diabetologisch qualifizierte Rehabilitations-Einrichtungen

Programmbeginn	Im jeweiligen Halbjahr
Anzahl	Anzahl; Anzahl Patienten und Patientinnen pro Einrichtung; Veränderung: Anzahl der Einrichtungen, Anzahl Kinder (<18; <12; <6) pro Einrichtung; Veränderung: Anzahl der Einrichtungen

Krankheitsverlauf nach der Einschreibung

Für alle nachfolgenden Tabellen gilt - sofern nicht anderes angegeben ist - folgendes:

Bezugsgröße für den Ausweis von Patienten und Patientinnen ohne Werte ist die Restkohorte.

Bezugsgröße für den Ausweis der medizinischen Parameter sind die auswertbaren Patienten und Patientinnen in der Restkohorte.

Anmerkung: Aus Platzgründen können ggf. die Darstellungen bezüglich Kinder in eigenen Tabellen erfolgen.

Gewichtsentwicklung (BMI):

Der Body-Mass-Index (BMI) ist aus dem Verhältnis von Masse (in kg) und Größe im Quadrat (in m²) zu berechnen.

ED	FD im jeweiligen Halbjahr 1)
Mittlerer BMI mit 95 % CI (alle Erwachsene ≥ 18); Geschlechtsverteilung;	Mittelwert mit 95 % CI; Mittlere Differenz zum Wert in der ED mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung;
Mittlerer BMI mit 95 % CI (Kinder <18); Geschlechtsverteilung;	Anzahl der Erwachsenen pro BMI-Kategorie 2) vgl. ED, Raten mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung;
Anzahl der Erwachsene-pro BMI-Kategorie 2):	Ohne Werte: Anzahl der Erwachsenen, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung,
normal, mäßig adipös, (stark) adipös;	BMI-Kategorien gemäß 2) für Kinder je nach Alter bzw. Körpergröße 3)
Geschlechtsverteilung;	
Anzahl Kinder pro BMI-Kategorie; 1)	
Geschlechtsverteilung	

1) BMI-Darstellung bei Kindern wird erst mit Einführung der elektronischen Dokumentation in den FD möglich, deshalb erfolgt eine Auswertung in den FD sowie eine Darstellung der BMI-Kategorien für Kinder erst mit Einführung der elektronischen Dokumentation.

2) Erwachsene: Kategorie: normal: BMI < 25; mäßig adipös: 25 ≤ BMI < 30; (stark) adipös: BMI ≥ 30

3) Die für Kinder anzuwendenden BMI-Altersklassen für die Kategorien „untergewichtig“, „normal“, „mäßig adipös“ und „(stark) adipös“ finden sich im Anhang zu diesem Kapitel.

Zusätzlich identische Darstellungen für die 3 Subkohorten:

1. Patienten und Patientinnen ohne Endpunkte in der ED
2. Patienten und Patientinnen mit primären Endpunkten in der ED
3. Patienten und Patientinnen nur mit sekundären Endpunkten in der ED

Raucherstatus

Kollektiv der Raucher laut Erstdokumentation

Raucher laut ED	FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl; Geschlechtsverteilung	Anzahl der Raucher, Rate 2) mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung

2) Bezugsgröße sind die auswertbaren Patienten und Patientinnen in der Restkohorte

Kollektiv der Nichtraucher laut Erstdokumentation

Nichtraucher laut ED	FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl; Geschlechtsverteilung	Anzahl der Nicht-Raucher, Rate 2) mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung

2) Bezugsgröße sind die auswertbaren Patienten und Patientinnen in der Restkohorte

Hypertonus

Kollektiv der Patienten und Patientinnen mit gut eingestelltem (GE) Hypertonus ausgehend von einer Hypertonie in der Erstdokumentation

Hypertoniker laut ED (Blutdruck systolisch ≥ 140 ODER 1) diastolisch ≥ 90) ODER 1) Hypertonus als bekannte Begleit- oder Folgeerkrankung dokumentiert ODER bei erfülltem Medikationsparameter 2)	FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl; Rate in Bezug auf Gesamtzahl der Patienten und Patientinnen; Geschlechtsverteilung 3); Anzahl Kinder (<18; <12; <6); Rate in Bezug auf Gesamtzahl der Patienten und Patientinnen; Geschlechtsverteilung 3)	Anzahl der GE-Hypertoniker=GE-Ht 4), Rate in Bezug auf die in der ED vorhandenen Hypertoniker mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl der GE-Hypertoniker-Kinder (<18; <12; <6), Rate in Bezug auf die in der ED vorhandenen Hypertoniker-Kinder (<18; <12; <6) mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate in Bezug auf die in der ED vorhandenen Hypertoniker mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder. (<18; <12; <6), Rate in Bezug auf die in der ED vorhandenen Hypertoniker mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung

1) ODER = inklusive ODER entsprechend der Boole'schen Algebra; Ex-ODER wäre das exklusive ODER, Werte in mmHg
Hypertonie-Grenzwerte für Kinder (s= syst., d= diast. in mmHg): Alter < 2: s ≥ 107 , d ≥ 60 ; < 3: s ≥ 110 , d ≥ 65 ; < 4: s ≥ 113 , d ≥ 69 ; < 5: s ≥ 115 , d ≥ 72 ; < 6: s ≥ 116 , d ≥ 74 ; < 7: s ≥ 117 , d ≥ 76 ; < 8: s ≥ 119 , d ≥ 78 ; < 9: s ≥ 120 , d ≥ 80 ; < 10: s ≥ 121 , d ≥ 81 ; < 11: s ≥ 123 , d ≥ 82 ; < 12: s ≥ 125 , d ≥ 82 ; < 13: s ≥ 127 , d ≥ 83 ; < 14: s ≥ 130 , d ≥ 83 ; < 15: s ≥ 132 , d ≥ 84 ; < 16: Jungen: s ≥ 135 , d \geq

85, Mädchen: $s \geq 131$, $d \geq 85$; < 17: Jungen: $s \geq 137$, $d \geq 87$, Mädchen: $s \geq 132$, $d \geq 86$; < 18: Jungen: $s \geq 140$, $d \geq 89$, Mädchen: $s \geq 132$, $d \geq 86$

2) Hypertonus liegt bei folgenden Medikationsparameter-Ausprägungen vor: Ausprägung „ja“ bei „antihypertensive medikamentöse Therapie“ bzw. nach Einführung der elektronischen Dokumentation: 1. [Ausprägung „ja“ ODER „Kontraindikation“ bei „Betablocker“ ODER „ACE-Hemmer“] UND [Ausprägung „KHK“ ODER „Chronische Herzinsuffizienz“ bei „Begleiterkrankungen“ nicht angegeben wurde]

ODER 2. Ausprägung „ja“ bei „Sonstige antihypertensive Medikation“

3) Anmerkung: zur leichteren Interpretation der Tabelle: Die unterschiedliche Bezugsbasis zwischen ED und FD soll (auch optisch) hervorgehoben und damit erkennbar werden.

4) gut eingestellt (GE): normotone systolische UND normotone diastolische mmHg-Werte: Erwachsene: systolisch < 140 UND diastolisch < 90 mmHg, Kinder: vgl. Fußnote 1).

ED und FD im jeweiligen Halbjahr

Jeweils dokumentierte Hypertoniker:

Mittlerer systolischer sowie diastolischer Blutdruck mit 95 % CI (nur für Erwachsene);

Alle Patienten und Patientinnen, die laut ED Hypertoniker sind bzw. waren:

1. „normal ohne Therapie“: Patienten mit Blutdruck systolisch < sys UND 3) diastolisch < dia UND ohne antihypertensive Therapie: Anzahl, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung,
2. „normal mit Therapie“: Patienten mit Blutdruck systolisch < sys UND diastolisch < dia UND antihypertensive Therapie: Anzahl, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung,
3. „mäßig erhöht ohne Therapie“: Patienten mit Blutdruck systolisch \geq sys UND \leq (sys + 20) ODER diastolisch \geq dia UND \leq (dia + 10) UND ohne antihypertensive Therapie: Anzahl, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung,
4. „mäßig erhöht mit Therapie“: Patienten mit Blutdruck systolisch \geq sys UND \leq (sys + 20) ODER diastolisch \geq dia UND \leq (dia + 10) UND antihypertensive Therapie: Anzahl, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung,
5. „deutlich erhöht ohne Therapie“: Patienten mit Blutdruck systolisch > (sys + 20) ODER diastolisch > (dia + 10) UND ohne antihypertensive Therapie: Anzahl, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung,
6. „deutlich erhöht mit Therapie“: Patienten mit Blutdruck systolisch > (sys + 20) ODER diastolisch > (dia + 10) UND antihypertensive Therapie: Anzahl, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung.

3) UND = UND entsprechend der Boole'schen Algebra

Die Variablen „sys“ (bedeutet systolisch) und „dia“ (bedeutet diastolisch) sind wie folgt in mmHg definiert:

sys = bei Kindern (Patienten < 18 Jahren) der s-Wert; der entsprechenden Altersklasse, ab dem die Hypertonie definiert ist, gemäß Fußnote 1) in obiger Tabelle; bei Erwachsenen ist sys = 140,

dia = bei Kindern (Patienten < 18 Jahren) der d-Wert; der entsprechenden Altersklasse, ab dem die Hypertonie definiert ist, gemäß Fußnote 1) in obiger Tabelle; bei Erwachsenen ist dia = 90

Die Patienten sind in die für sie jeweils höchste, für sie zutreffende Kategorie einzustufen.

Die Kategorisierung hat somit mit der höchsten Kategorie zu beginnen, also mit „6. Patienten mit Blutdruck systolisch > 160 und/ oder diastolisch > 100 und antihypertensive Therapie“. Die dort eingestuft Patienten können nicht mehr in eine andere Kategorie eingestuft werden etc.

Zusätzlich identische Darstellungen für die 3 Subkohorten *:

1. Patienten und Patientinnen ohne Endpunkte in der ED
2. Patienten und Patientinnen mit primären Endpunkten in der ED
3. Patienten und Patientinnen nur mit sekundären Endpunkten in der ED

* entfällt für Raucherstatus

HbA1c-Werte

Absolutwerte

ED und FD im jeweiligen Halbjahr

Anzahl der Patienten und Patientinnen; HbA1c-Mittelwert mit 95 % CI, Mittlere Differenz zum Wert in der ED mit 95 % CI; Anzahl Kinder (<18; <12; <6); HbA1c-Mittelwert mit 95 % CI, Mittlere Differenz zum Wert in der ED mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung;

Anzahl der Patienten und Patientinnen mit unplausiblen Werten **1)** ODER fehlender Angabe **2)** beim Parameter „oberer Normwert des Labors“, Rate mit 95 % CI (Bezug: auswertbare Patienten und Patientinnen beim Parameter „HbA1c“; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI, Anzahl Kinder (<18; <12; <6), Rate mit 95 % CI, Histogramm (Intervalle (t) für alle Patienten und Patientinnen: Norm: $t \leq 6$; oberer Therapie-Zielbereich: $6 > t \leq 7,2$; erhöhter Risikobereich: $7,2 > t \leq 8$; $8 > t \leq 8,5$; Hochrisikobereich: $8,5 > t \leq 10$; $t > 10$);

für Kinder (<18; <12; <6), Geschlechtsverteilung

1) unplausible Werte sind: $< 5,75$ % ODER $> 6,25$ %

2) bei fehlender Angabe gilt als oberer Normwert folgender Wert: 6,25 %

Zusätzlich identische Darstellungen für die 3 Subkohorten:

1. Patienten und Patientinnen ohne Endpunkte in der ED
2. Patienten und Patientinnen mit primären Endpunkten in der ED
3. Patienten und Patientinnen nur mit sekundären Endpunkten in der ED

Serum-Kreatinin-Werte

Absolutwerte ($\mu\text{mol/l}$)

ED und FD im jeweiligen Halbjahr

Anzahl der Patienten und Patientinnen; Serum-Kreatinin-Mittelwert mit 95 % CI; Mittelwert der GFR **1)**, GFR-Werte nach festgelegter Skalierung **2)**, Rate mit 95 % CI;

Anzahl Kinder (<18; <12; <6); Serum-Kreatinin-Mittelwert mit 95 % CI, Mittelwert der GFR **1)**, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung;

Nicht untersucht: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

1) glomeruläre Filtrationsrate über die mittels Cockcroft-Gault-Formel abgeschätzte Kreatinin-Clearance (Krea-Cl) in ml/min: $\text{Krea-Cl} = [(140 - \text{LJ}) * \text{KG (kg)}] / [0,82 * \text{S-Krea } (\mu\text{mol/l})]$

LJ = Lebensjahre, KG = Körpergewicht, S-Krea = Serum-Kreatinin

Bei Frauen ist der rechte Formelterm mit dem Faktor 0,85 zu multiplizieren.

2) normal (unauffällig): $\text{GFR} \geq 90$; leicht pathologisch: $60 \leq \text{GFR} < 90$; mäßig pathologisch: $30 \leq \text{GFR} < 60$; hoch pathologisch: $15 \leq \text{GFR} < 30$; terminal insuffizient: $\text{GFR} < 15$

Pathologische Urinalbuminausscheidung

FD im jeweiligen Berichtsjahr

Anzahl der Patienten und Patientinnen, deren Urinalbuminausscheidung mindestens einmal pro Berichtsjahr untersucht wurde, Rate mit 95 % CI *, Geschlechtsverteilung;

Anzahl Kinder (<18; <12; <6), deren Urinalbuminausscheidung mindestens einmal pro Berichtsjahr untersucht wurde, Rate mit 95 % CI *, Geschlechtsverteilung

* Auswertung beginnend in dem Berichtsjahr, das auf das Halbjahr des Beitritts folgt.

Weitere Medikation (Statine, Thrombozyten-Aggregationshemmer)

ED	FD im jeweiligen Halbjahr
<ul style="list-style-type: none"> - Gesamt-Patienten- und Patientinnenzahl 1); Geschlechtsverteilung, - Gesamt-Patienten- und Patientinnenzahl mit Krankheiten, für die potenziell eine Indikation mit einer Statintherapie besteht 2), Geschlechtsverteilung, - Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit Statinen behandelt werden, Rate in Bezug auf 2) mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; - Gesamt-Patienten- und Patientinnenzahl mit Krankheiten, für die potenziell eine Indikation für Thrombozyten- Aggregationshemmern besteht 3), Geschlechtsverteilung, - Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit Thrombozyten-Aggregationshemmern behandelt werden, Rate in Bezug auf 3) mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung 	<ul style="list-style-type: none"> - Anzahl der Restkohorte; Geschlechtsverteilung, - Gesamt-Patienten- und Patientinnenzahl mit Krankheiten, für die potenziell eine Indikation mit einer Statintherapie besteht 2), Geschlechtsverteilung, - Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit Statinen behandelt werden, Rate in Bezug auf 2) mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung - Gesamt-Patienten- und Patientinnenzahl mit Krankheiten, für die potenziell eine Indikation für Thrombozyten- Aggregationshemmern besteht 3), Geschlechtsverteilung, - Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit Thrombozyten-Aggregationshemmern behandelt werden, Rate in Bezug auf 3) mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung

1) Anamnese-Daten: vgl. 2) und 3)

2) Anamnese-Daten: Schlaganfall ODER Hypertonus ODER pAVK ODER Fettstoffwechselstörung ODER KHK ODER Herzinfarkt ODER Nephropathie

3) Anamnese-Daten: Schlaganfall ODER pAVK ODER KHK ODER Herzinfarkt

Arzt-Patienten-Kommunikation – Fehlende Mitwirkung (Non-Compliance) an veranlassten Schulungen

Diabetes-Schulung

FD	
„Ja“ ODER „Nein“ ODER „War aktuell nicht möglich“ in FD im jeweiligen Halbjahr dokumentiert 1)	„Nein“ in derselben FD dokumentiert
Anzahl der Patienten und Patientinnen (entspricht 100 %); Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder (<18); Geschlechtsverteilung	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder (<18), Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung

1) Damit sind alle Patienten erfasst, denen eine Schulung empfohlen worden war.

Hypertonie-Schulung

FD	
„Ja“ ODER „Nein“ ODER „War aktuell nicht möglich“ in FD im jeweiligen Halbjahr dokumentiert 1)	„Nein“ in derselben FD dokumentiert
Anzahl der Patienten und Patientinnen; Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder (<18); Geschlechtsverteilung	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder (<18), Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung

1) Damit sind alle Patienten erfasst, denen eine Schulung empfohlen worden war.

Anmerkung: Mehrfache Schulungen bei einem/einer Patienten/Patientin innerhalb eines Halbjahres werden nur einfach gezählt. Ist in einem Halbjahr die gleiche Schulung mindestens einmal als wahrgenommen dokumentiert worden, ist diese Schulung unabhängig von ggf. weiteren dokumentierten Ausprägungen als wahrgenommen zu berücksichtigen [„best case“]. Die Auswertung zu den Patientenschulungsprogrammen soll derart erfolgen, dass dargestellt wird, wie viele Patienten, bei denen eine Schulung empfohlen wurde, diese unbegründet nicht wahrgenommen haben.

Kinder mit proliferativer Retinopathie

ED
Anzahl Kinder (<18) mit proliferativer Retinopathie UND ohne Erblindung; Rate (Bezug: alle Kinder) mit 95 % CI

Lasertherapie bei Kindern mit neuer proliferativer Retinopathie

Diabetesbedingte retinale Lasertherapie bei Kindern mit neu aufgetretener proliferativer Retinopathie in FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl Kinder (<18) mit neuer proliferativer Retinopathie; Rate gelasierter Kinder in dem Berichtsjahr, das auf das Halbjahr der Diagnose folgt (Bezug: Kinder mit neuer proliferativer Retinopathie) mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl Kinder, Rate mit 95 % CI

Erblindung

Neu auftretende Erblindung

ED	Erblindung in mindestens einer FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der nicht erblindeten Patienten und Patientinnen UND Retinopathie; Geschlechtsverteilung	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI (Bezug: Restkohorte); Geschlechtsverteilung; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung

Anmerkung: Die Darstellung der augenärztlichen Auswertungen (Tabellen „Kinder mit proliferativer Retinopathie“, „Erblindung“ und „Ophthalmologische Netzhautuntersuchung“) in den Berichten soll zusammenhängend erfolgen, also nicht unterbrochen von Auswertungen aus anderen ärztlichen Fachgebieten.

Nephropathie

Patienten und Patientinnen mit neu auftretender Nephropathie

Patienten und Patientinnen ohne Nephropathie laut ED	Nephropathie in FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl; Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder (<18); Geschlechtsverteilung	Anzahl, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder (<18), Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung

Diabetischer Fuß

Neu auftretende Fußbefunde

Patienten und Patientinnen laut ED (Wagner/Armstrong-Stadien)	in FD im jeweiligen Halbjahr (Wagner/Armstrong-Stadien)
Anzahl der Patienten ohne Wagner/Armstrong Stadium UND ohne vorliegende Amputation; Geschlechtsverteilung;	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; nach 2 Kategorien (gemäß Wagner/Armstrong-Stadien 0 bis 5 bzw. A bis D): a) Stadium 0 ODER Stadium 1 / A ODER B: Anzahl, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung; b) Stadium 2 bis Stadium 5 / C ODER D: Anzahl, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung

Neu auftretende Osteoarthropathien

Patienten und Patientinnen ohne Osteoarthropathie laut ED	Osteoarthropathie (rechts ODER links) in FD im jeweiligen Halbjahr (auch bei beidseitigem Auftreten wird ein Patient nur einfach gewertet)
Anzahl	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Neu auftretende Amputationen

Patienten und Patientinnen ohne Amputation laut ED	Amputation in FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI, Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Herzinfarkt

Patienten und Patientinnen mit neu auftretendem Herzinfarkt

Patienten und Patientinnen ohne Herzinfarkt laut ED	Herzinfarkt in FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl, Geschlechtsverteilung	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung, Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung

Schlaganfall

Patienten und Patientinnen mit neu auftretendem Schlaganfall

Patienten und Patientinnen ohne Schlaganfall laut ED	Schlaganfall in FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl, Geschlechtsverteilung	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung

Nierenersatztherapie

Patienten und Patientinnen mit neu auftretender Nierenersatztherapie

Patienten und Patientinnen ohne Nierenersatztherapie laut ED	Nierenersatztherapie in FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Ophthalmologische Netzhautuntersuchung

ED 1)	Durchgeführt laut FD im jeweiligen Berichtsjahr 2)
Anzahl aller Patienten und Patientinnen, Geschlechtsverteilung	Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI (Bezug: Restkohorte); Geschlechtsverteilung;
Anzahl Kinder (<18); Geschlechtsverteilung	Anzahl Kinder (<18), Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung; Kinder (<18), Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung

1) im Beitrittsjahr

2) Auswertung beginnend in dem Berichtsjahr, das auf das Halbjahr des Beitritts folgt.

Anmerkung: In der Auswertung werden immer zwei unmittelbar aufeinanderfolgende Halbjahre zusammengefasst, wobei das Beitrittsjahr und ggf. ein letztes einzelnes Analysehalbjahr nicht mit in die Auswertung eingehen

Evaluation der Kooperation der Versorgungssektoren

Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung bei Hypertonie

Prämissen -Dokumentation: Hypertoniker 1) UND Kooperation angefordert 2) in FD =FDn 3)	Kooperations -Dokumentation: Normotoniker in nachfolgender Halbjahres-FD = FDn+1 3) (Befund nach Kooperation)
Anzahl 2) in FD =FDn, Rate (Bezug: alle Hypertoniker in FDn, mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Hypertoniker-Kinder (<18), Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung)	Anzahl Normotoniker, Rate (Bezug: Hypertoniker mit Kooperation in FDn), mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Normotoniker-Kinder (<18), Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Hypertoniker, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung, Anzahl Hypertoniker-Kinder (<18), Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung

1) systolisch ≥ 140 ODER diastolisch ≥ 90

2) Ankreuzung von „diabetologisch qualifizierte/r Arzt/Einrichtung“ ODER „diabetologisch qualifizierte pädiatrische/r Arzt/Einrichtung“ in Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

3) Die Bedingung = Hypertonie (also allgemein der zur Kooperation führende Befund) UND angeforderte Kooperation.

Für die **Prämissen**-Dokumentation erstreckt sich die Halbjahres-Dokumentation vom erstmaligen Auftreten der Bedingung (n = 1) bis (solange die Bedingung besteht) n = k-1 (dabei entspricht k der letzten Halbjahres-FD).

Für die **Kooperations**-Dokumentation erstreckt sich die Dokumentation von n = n(Prämisse)+1 bis n = k.

Wenn das Ereignis Normotonie (allgemein: ein Befund, der keine Kooperation erfordert) eintritt, fällt der Patient aus der weiteren Auswertung heraus.

Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung bei diabetischem Fußsyndrom

Prämissen -Dokumentation: „schwerer“ Fußstatus 1) UND Kooperation angefordert 2) in FD =FDn 4)	Kooperations -Dokumentation: nicht-„schwerer“ Fußstatus 3) in nachfolgender Halbjahres-FD = FDn+1 4) (Befund nach Kooperation)
Anzahl 2) in FD =FDn, Rate (Bezug: alle mit „schwerer“ Fußstatus in FDn, mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung;	Anzahl nicht-„schwerer“ Fußstatus, Rate (Bezug: „schwerer“ Fußstatus mit Kooperation in FDn), mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl „schwerer“ Fußstatus, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung

1) ab Wagner-Stadium 2 ODER ab Armstrong-Stadium C.

2) Ankreuzung von „Überweisung ausgestellt“ ODER „Einweisung veranlasst“ (in aktuelle Befunde) ODER „diabetologische Fußambulanz/Einrichtung“ (in Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele)

3) Wagner-Stadium < 2 ODER Armstrong-Stadium < C

4) Die Bedingung = der zur Kooperation führende Befund („schwerer“ Fußstatus) UND angeforderte Kooperation.

Für die **Prämissen**-Dokumentation erstreckt sich die Halbjahres-Dokumentation vom erstmaligen Auftreten der Bedingung (n = 1) bis (solange die Bedingung besteht) n = k-1 (dabei entspricht k der letzten Halbjahres-FD).

Für die **Kooperations**-Dokumentation erstreckt sich die Dokumentation von n = n(Prämisse)+1 bis n = k.

Wenn das Ereignis „ein Befund, der keine Kooperation erfordert“ („leichter“ Fußstatus) eintritt, fällt der Patient aus der weiteren Auswertung heraus.

Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung zur ophthalmologischen Netzhautuntersuchung

Prämissen -Dokumentation: Diabetessymptome 1) UND Kooperation angefordert 2) in FD =FDn 3)	Kooperations -Dokumentation: Diabetessymptome UND durchgeführter Untersuchung in nachfolgender Halbjahres-FD = FDn+1 3) (Befund nach Kooperation)
Anzahl 2) in FD =FDn, Rate (Bezug: alle mit Diabetessymptomen in FDn, mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder mit Diabetessymptomen (< 18), Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung)	Anzahl Diabetessymptome UND durchgeführter Untersuchung, Rate (Bezug: Diabetessymptome mit Kooperation in FDn, mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder mit Diabetessymptome UND durchgeführter Untersuchung (< 18), mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Patienten und Patientinnen mit Diabetessymptomen, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder, (< 18) mit Diabetessymptomen, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung

1) Anamnese: diabetestypische Symptome vorhanden UND ≥ 12 Jahre

- 2)** Ankreuzung von „ophthalmologische Netzhautuntersuchung veranlasst“ (in Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele)
- 3)** Die Bedingung = der zur Kooperation führende Befund (vgl. Fußnote 1) UND angeforderte Kooperation.
Für die Prämissen-Dokumentation erstreckt sich die Halbjahres-Dokumentation vom erstmaligen Auftreten der Bedingung (n = 1) bis (solange die Bedingung besteht) n = k-1 (dabei entspricht k der letzten Halbjahres-FD).
Für die Kooperations-Dokumentation erstreckt sich die Dokumentation von n = n(Prämisse)+1 bis n = k.
Wenn das Ereignis „ein Befund, der keine Kooperation erfordert“ (Kooperation erfolgt) eintritt, fällt der Patient aus der weiteren Auswertung heraus.

Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung bei Diabeteskomplikationen mit normnaher Blutzucker- oder Blutdruckeinstellung

<p><u>Prämissen</u>-Dokumentation: Diabetessymptome 1) UND Kooperation angefordert 2) in FD =FDn 3)</p>	<p><u>Kooperations</u>-Dokumentation: Diabetessymptome in nachfolgender Halbjahres-FD = FDn+1 3) (Befund nach Kooperation)</p>
<p>Anzahl 2) in FD =FDn, Rate (Bezug: alle mit Diabetessymptomen in FDn, mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder mit Diabetessymptomen (< 18), Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung</p>	<p>Anzahl Patienten und Patientinnen mit normnaher Blutglucose-Einstellung 4), Rate (Bezug: Diabetessymptome mit Kooperation in FDn), mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder mit normnaher Blutglucose-Einstellung (<18), mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Patienten und Patientinnen mit normnaher Blutdruckeinstellung 5), Rate (Bezug: Diabetessymptome mit Kooperation in FDn), mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder mit normnaher Blutdruckeinstellung (<18), Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Patienten und Patientinnen mit über-normnaher Blutglucose-Einstellung, Rate (Bezug: Diabetessymptome mit Kooperation in FDn), mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder mit über-normnaher Blutglucose-Einstellung (< 18), mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Patienten und Patientinnen mit über-normnaher Blutdruckeinstellung, Rate (Bezug: Diabetessymptome mit Kooperation in FDn), mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder mit über-normnaher Blutdruckeinstellung (<18), Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung</p>

- 1)** Anamnese: diabetestypische Symptome vorhanden UND ≥ 12 Jahre
- 2)** Ankreuzung von „ophthalmologische Netzhautuntersuchung veranlasst“ ODER „sonstige“ ODER „diabetologisch qualifizierte/r Arzt/Einrichtung ODER „diabetologisch qualifizierte/r pädiatrische/r Arzt/Einrichtung“ bei ≥ 12 (in Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele)
- 3)** Die Bedingung = der zur Kooperation führende Befund (vgl. Fußnote 1) UND angeforderte Kooperation.
für die Prämissen-Dokumentation erstreckt sich die Halbjahres-Dokumentation vom erstmaligen Auftreten der Bedingung (n = 1) bis (solange die Bedingung besteht) n = k-1 (dabei entspricht k der letzten Halbjahres-FD).
Für die Kooperations-Dokumentation erstreckt sich die Dokumentation von n = n(Prämisse)+1 bis n = k.
Wenn das Ereignis „ein Befund, der keine Kooperation erfordert“ (normnahe/r Blutglucose bzw. Blutdruck) eintritt, fällt der Patient aus der weiteren Auswertung heraus.
- 4)** normnahe Blutglucose-Einstellung: $HbA1c / (1,2 \cdot \text{oberer Normwert des Labors}) \leq 1$
*vergleiche Tabelle „HbA1c-Werte“
- 5)** normnahe Blutdruck-Einstellung: $\leq (\text{sys} + 5)$ bzw. $\leq (\text{dia} + 5)$ mmHg, Variablen-Definition siehe Tabelle „Hypertonus“

Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft

<p><u>Prämissen</u>-Dokumentation: Schwangerschaft 1) UND Kooperation angefordert 2) in FD =FDn 3)</p>	<p><u>Kooperations</u>-Dokumentation: Patientinnen mit „geplanter oder bestehender Schwangerschaft“ in nachfolgender Halbjahres-FD = FDn+1 3) (Befund nach Kooperation)</p>
<p>Anzahl 2) in FD =FDn, Rate (Bezug: alle mit „geplanter oder bestehender Schwangerschaft“ in FDn mit 95 % CI;</p>	<p>Anzahl Patientinnen mit „geplanter oder bestehender Schwangerschaft“ UND normnaher Blutglucose-Einstellung 4), Rate (Bezug: Patientinnen mit „geplanter oder bestehender Schwangerschaft“ mit Kooperation in FDn), mit 95 % CI, Anzahl Patientinnen mit „geplanter oder bestehender Schwangerschaft“ UND normnaher Blutdruckeinstellung 5), Rate (Bezug: Patientinnen mit „geplanter oder bestehender Schwangerschaft“ mit Kooperation in FDn), mit 95 % CI; Anzahl Patientinnen mit „geplanter oder bestehender Schwangerschaft“ UND über-normnaher Blutglucose-Einstellung, Rate (Bezug: Patientinnen mit „geplanter oder</p>

	bestehender Schwangerschaft“ mit Kooperation in FDn), mit 95 % CI, Anzahl Patientinnen mit „geplanter oder bestehender Schwangerschaft UND über-normnaher Blutdruckeinstellung, Rate (Bezug: Patientinnen mit „geplanter oder bestehender Schwangerschaft“ mit Kooperation in FDn), mit 95 % CI
--	---

- 1) in Anamnese
- 2) Ankreuzung von „diabetologisch qualifizierte Einrichtung zur Betreuung schwangerer Diabetikerinnen“ (in Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele)
- 3) Die Bedingung = der zur Kooperation führende Befund (vgl. Fußnote 1) UND angeforderte Kooperation.
Für die Prämissen-Dokumentation erstreckt sich die Halbjahres-Dokumentation vom erstmaligen Auftreten der Bedingung (n = 1) bis (solange die Bedingung besteht) n = k-1 (dabei entspricht k der letzten Halbjahres-FD).
Für die Kooperations-Dokumentation erstreckt sich die Dokumentation von n = n(Prämisse)+1 bis n = k.
Wenn das Ereignis „ein Befund, der keine Kooperation erfordert“ (normnahe/r Blutglucose bzw. Blutdruck) eintritt, fällt der Patient aus der weiteren Auswertung heraus.
- 4) normnahe Blutglucose-Einstellung: HbA1c/(1,2*oberer Normwert des Labors*)
*vergleiche Tabelle „HbA1c-Werte“
- 5) normnahe Blutdruck-Einstellung: ≤ (sys + 5) bzw. ≤ (dia + 5) mmHg, Variablen-Definition siehe Tabelle „Hypertonus“

Vier-Felder-Tafel zur Tabelle „Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung bei Hypertonie“

Patientengruppe	Erfolg	Ohne Erfolg
Prämisse-n-Dokumentationsgruppe	Normotoniker Anzahl, Anteil	Nicht-Normotoniker Anzahl, Anteil
Kontrollgruppe (Hypertoniker ohne Kooperation)	Normotoniker Anzahl, Anteil	Nicht-Normotoniker Anzahl, Anteil

Fällt die Gesamtzahl der in die Vier-Felder-Tafel eingehenden Patienten unter 5, entfällt die Auswertung.
Anmerkung: Falls nichts anderes angegeben ist, sind für diese und alle weiteren 4-Felder-Tafeln keine geschlechts- oder altersspezifischen Untergruppen zu bilden.

Vier-Felder-Tafel zur Tabelle „Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung bei diabetischem Fußsyndrom“

Patientengruppe	Erfolg	Ohne Erfolg
Prämisse-n-Dokumentationsgruppe	kein „schwerer“ Fußstatus Anzahl, Anteil	„schwerer“ Fußstatus Anzahl, Anteil
Kontrollgruppe („schwerer“ Fußstatus ohne Kooperation)	kein „schwerer“ Fußstatus Anzahl, Anteil	„schwerer“ Fußstatus Anzahl, Anteil

Fällt die Gesamtzahl der in die Vier-Felder-Tafel eingehenden Patienten unter 5, entfällt die Auswertung.

Vier-Felder-Tafel zur Tabelle „Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung bei Diabeteskomplikationen mit normnaher Blutzucker- oder Blutdruckeinstellung“ (Parameter Blutglukose)

Patientengruppe	Erfolg	Ohne Erfolg
Prämisse-n-Dokumentations-Gruppe	normnahe Blutglukose-Einstellung Anzahl, Anteil	über-normnahe Blutglukose-Einstellung Anzahl, Anteil
Kontrollgruppe (Diabetessymptome ohne Kooperation)	normnahe Blutglukose-Einstellung Anzahl, Anteil	über-normnahe Blutglukose-Einstellung Anzahl, Anteil

Fällt die Gesamtzahl der in die Vier-Felder-Tafel eingehenden Patienten unter 5, entfällt die Auswertung.

Vier-Felder-Tafel zur Tabelle „Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung bei Diabeteskomplikationen mit normnaher Blutzucker- oder Blutdruckeinstellung“ (Parameter Blutdruck)

Patientengruppe	Erfolg	Ohne Erfolg
Prämissen-Dokumentations-Gruppe	normnahe Blutdruck-Einstellung Anzahl, Anteil	über-normnahe Blutdruck-Einstellung Anzahl, Anteil
Kontrollgruppe (Diabetessymptome ohne Kooperation)	normnahe Blutdruck-Einstellung Anzahl, Anteil	über-normnahe Blutdruck-Einstellung Anzahl, Anteil

Fällt die Gesamtzahl der in die Vier-Felder-Tafel eingehenden Patienten unter 5, entfällt die Auswertung.

Vier-Felder-Tafel zur Tabelle „Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft“ (Parameter Blutglukose)

Patientengruppe	Erfolg	Ohne Erfolg
Prämissen-Dokumentations-Gruppe	normnahe Blutglukose Einstellung Anzahl, Anteil	über-normnahe Blutglukose-Einstellung Anzahl, Anteil
Kontrollgruppe (geplante oder bestehende Schwangerschaft ohne Kooperation)	normnahe Blutglukose-Einstellung Anzahl, Anteil	über-normnahe Blutglukose-Einstellung Anzahl, Anteil

Fällt die Gesamtzahl der in die Vier-Felder-Tafel eingehenden Patienten unter 5, entfällt die Auswertung.

Vier-Felder-Tafel zur Tabelle „Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft“ (Parameter Blutdruck)

Patientengruppe	Erfolg	Ohne Erfolg
Prämissen-Dokumentations-Gruppe	normnahe Blutdruck-Einstellung Anzahl, Anteil	über-normnahe Blutdruck-Einstellung Anzahl, Anteil
Kontrollgruppe (geplante oder bestehende Schwangerschaft ohne Kooperation)	normnahe Blutdruck-Einstellung Anzahl, Anteil	über-normnahe Blutdruck-Einstellung Anzahl, Anteil

Fällt die Gesamtzahl der in die Vier-Felder-Tafel eingehenden Patienten unter 5, entfällt die Auswertung.

Evaluation der Kooperation bei Koordination durch den Hausarzt (HA)

Sollten die in den nachfolgenden Tabellen angegebenen Auswertungen nicht möglich sein, so muss hierzu in den Berichten eine Begründung angegeben werden.

Über- bzw. Einweisung bei Erstmanifestation

<u>Prämissen</u> -Dokumentation: EM 1) (beim HA) in ED	<u>Kooperations</u> -Dokumentation: EM 1) in ED
Anzahl, Rate (Bezug: alle Patienten und Patientinnen mit EM), mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder (<18) mit EM, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung	Anzahl mit EM UND Kooperation angefordert, Rate (Bezug: alle mit EM), mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder (<18) mit EM UND Kooperation angefordert; Rate (Bezug: alle Kinder mit EM) mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl mit EM UND ohne angeforderte Kooperation, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung, Anzahl Kinder (<18) mit EM UND ohne angeforderte Kooperation, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung; Anzahl der Kinder, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung

1) EM = Erstmanifestation

Über- bzw. Einweisung bei Kindern

<u>Prämissen</u> -Dokumentation: Kindern 1) (beim HA) in ED	<u>Kooperations</u> -Dokumentation: Kinder in ED
Anzahl Kinder, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung	Anzahl Kinder UND Kooperation angefordert; Rate (Bezug: alle Kinder) mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder UND ohne angeforderte Kooperation, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Ohne Werte: Anzahl der Kinder, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung

1) Patienten und Patientinnen < 18 Jahre

Über- bzw. Einweisung bei unzureichender Blutzuckersenkung ^{a)}

<u>Prämissen</u> -Dokumentation: Diabetessymptome 1) UND Kooperation angefordert 2) in FD =FDn 3)	<u>Kooperations</u> -Dokumentation: Diabetessymptome in nachfolgender Halbjahres-FD = FDn+1 3) (Befund nach Kooperation)
Anzahl 2) in FD =FDn, Rate (Bezug: alle mit Diabetessymptomen in FDn, mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder mit Diabetessymptomen (< 18), Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung	Anzahl Patienten und Patientinnen mit normnaher Blutglucose-Einstellung 4), Rate (Bezug: Diabetessymptome mit Kooperation in FDn), mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder mit normnaher Blutglucose-Einstellung (< 18), mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Patienten und Patientinnen mit über-normnaher Blutglucose-Einstellung, Rate (Bezug: Diabetessymptome mit Kooperation in FDn), mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder mit über-normnaher Blutglucose-Einstellung (< 18), mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung

a) Keine Absenkung des HbA1c-Wertes unter dem 1,2-fachen der oberen Norm der jeweiligen Labormethode (vergleiche Tabelle „HbA1c-Werte“)

1) Anamnese: diabetestypische Symptome vorhanden

2) Ankreuzung von „diabetologisch qualifizierte/r Arzt/Einrichtung ODER „diabetologisch qualifizierte/r pädiatrische/r Arzt/Einrichtung“ (in Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele)

3) Die Bedingung = der zur Kooperation führende Befund (vgl. Fußnote 1) UND angeforderte Kooperation.

Für die Prämissen-Dokumentation erstreckt sich die Halbjahres-Dokumentation vom erstmaligen Auftreten der Bedingung (n = 1) bis (solange die Bedingung besteht) n = k-1 (dabei entspricht k der letzten Halbjahres-FD).

Für die Kooperations-Dokumentation erstreckt sich die Dokumentation von n = n(Prämisse)+1 bis n = k.

Wenn das Ereignis „ein Befund, der keine Kooperation erfordert“ (normnahe/r Blutglucose bzw. Blutdruck) eintritt, fällt der Patient aus der weiteren Auswertung heraus.

4) normnahe Blutglucose-Einstellung: $HbA1c / (1,2 \cdot \text{oberer Normwert des Labors}) \leq 1^*$

*vergleiche Tabelle „HbA1c-Werte“

Über- bzw. Einweisung bei schwerer Stoffwechseldekompensation

<u>Prämissen</u> -Dokumentation: schwere Stoffwechseldekompensation 1) (beim HA) in ED und FD	<u>Kooperations</u> -Dokumentation: schwere Stoffwechseldekompensation in ED und FD
Anzahl, Rate (Bezug: alle Patienten und Patientinnen mit sStD, mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder (<18) mit sStD, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung	Anzahl mit sStD UND Kooperation angefordert, Rate (Bezug: alle mit sStD), mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder (<18) mit sStD UND Kooperation angefordert; Rate (Bezug: alle Kinder mit sStD) mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl mit sStD UND ohne angeforderte Kooperation, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung, Anzahl Kinder (<18) mit sStD UND ohne angeforderte Kooperation, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung; Anzahl der Kinder, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung

1) Abkürzung für schwere Stoffwechseldekompensation =sStD

Über- bzw. Einweisung zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie

<u>Prämissen</u> -Dokumentation: blutglukosesenkende Therapie 1) UND Kooperation angefordert 2) in FD =FDn 3)	<u>Kooperations</u> -Dokumentation: intensiviert Insulintherapie in nachfolgender Halbjahres-FD = FDn+1 3) (Befund nach Kooperation)
Anzahl 2) in FD =FDn, Rate (Bezug: alle mit blutglukosesenkender Therapie in FDn, mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder (<18), Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung	Anzahl mit intensivierter Insulintherapie, Rate (Bezug: alle mit blutglukosesenkender Therapie mit Kooperation in FDn), mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder (<18) mit intensivierter Insulintherapie, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl mit nicht-intensivierter Insulintherapie, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung, Anzahl Kinder (<18) mit nicht-intensivierter Insulintherapie, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung

1) Insulin ODER Insulinanaloga

2) Ankreuzung von „diabetologisch qualifizierte/r Arzt/Einrichtung“ ODER „diabetologisch qualifizierte/r pädiatrische/r Arzt/Einrichtung“ in Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

3) Die Bedingung = Hypertonie (also allgemein der zur Kooperation führende Befund) UND angeforderte Kooperation.

Für die Prämissen-Dokumentation erstreckt sich die Halbjahres-Dokumentation vom erstmaligen Auftreten der Bedingung (n = 1) bis (solange die Bedingung besteht) n = k-1 (dabei entspricht k der letzten Halbjahres-FD).

Für die Kooperations-Dokumentation erstreckt sich die Dokumentation von n = n(Prämisse)+1 bis n = k.

Wenn das Ereignis Normtonie (allgemein: ein Befund, der keine Kooperation erfordert) eintritt, fällt der Patient aus der weiteren Auswertung heraus.

Über- bzw. Einweisung bei mikrovaskulären Komplikationen

<u>Prämissen</u> -Dokumentation: mikrovaskuläre Komplikationen(mK) 1) (beim HA) in ED und FD	<u>Kooperations</u> -Dokumentation: mikrovaskuläre Komplikationen UND veranlasster Kooperation 2) in ED und FD
Anzahl, Rate (Bezug: alle Patienten und Patientinnen mit mK 3) , mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder (<18) mit mK, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung	Anzahl mit Kooperation 2) , Rate (Bezug: alle mit mK), mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder (<18) mit Kooperation; Rate (Bezug: alle Kinder mit mK) mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl mit mK UND ohne Kooperation 4) , Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung, Anzahl Kinder (<18) mit mK UND ohne Kooperation, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung

	teilung; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung; Anzahl der Kinder, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung
--	--

- 1) detektiert durch pathologische Urinalbuminausscheidung
- 2) bei Parameter „pathologische Urinalbuminausscheidung“ die Ausprägung „Überweisung ausgestellt“
- 3) „ja“ ODER „Überweisung ausgestellt“ bei Parameter „pathologische Urinalbuminausscheidung“
- 4) bei Parameter „pathologische Urinalbuminausscheidung“ die Ausprägung „ja“

Vier-Felder-Tafel zur Tabelle „Über- bzw. Einweisung bei unzureichender Blutzuckersenkung“

Patientengruppe	Erfolg	Ohne Erfolg
Prämissen-Dokumentations-Gruppe	normnahe Blutglukose-Einstellung Anzahl, Anteil	über-normnahe Blutglukose-Einstellung Anzahl, Anteil
Kontrollgruppe (Diabetessymptome ohne Kooperation)	normnahe Blutglukose-Einstellung Anzahl, Anteil	über-normnahe Blutglukose-Einstellung Anzahl, Anteil

Fällt die Gesamtzahl der in die Vier-Felder-Tafel eingehenden Patienten unter 5, entfällt die Auswertung.

Vier-Felder-Tafel zur Tabelle „Über- bzw. Einweisung zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie“

Patientengruppe	Erfolg	Ohne Erfolg
Prämissen-Dokumentations-Gruppe	intensivierte Insulintherapie Anzahl, Anteil	keine intensiviertete Insulintherapie Anzahl, Anteil
Kontrollgruppe (blutglukosesenkende Therapie ohne Kooperation)	intensivierte Insulintherapie Anzahl, Anteil	keine intensiviertete Insulintherapie Anzahl, Anteil

Fällt die Gesamtzahl der in die Vier-Felder-Tafel eingehenden Patienten unter 5, entfällt die Auswertung.

Zusätzlich identische Darstellungen für die 3 Subkohorten sollen bei der Evaluation der Kooperation nicht erfolgen.

Auftreten von primären Endpunkten und Überlebenszeit bei Patienten und Patientinnen ohne primäre ODER sekundäre Endpunkte in der Erstdokumentation

Darstellungen als Ereigniszeitanalyse – wenn möglich nach Kaplan-Meier (je Halbjahres-Kohorte)

Auftreten von primären Endpunkten sowie Überlebenszeit bei Patienten und Patientinnen ohne primären, aber mit Vorliegen von einem ODER mehreren sekundären Endpunkten in der Erstdokumentation

Darstellungen als Ereigniszeitanalyse – wenn möglich nach Kaplan-Meier (je Halbjahres-Kohorte)

Auftreten von sekundären Endpunkten und Überlebenszeit bei Patienten und Patientinnen ohne primäre ODER sekundäre Endpunkte in der Erstdokumentation

Darstellungen als Ereigniszeitanalyse – wenn möglich nach Kaplan-Meier (je Halbjahres-Kohorte)

Auftreten von sekundären Endpunkten sowie Überlebenszeit bei Patienten und Patientinnen ohne primären, aber mit Vorliegen von einem ODER mehreren sekundären Endpunkten in der Erstdokumentation

Darstellungen als Ereigniszeitanalyse – wenn möglich nach Kaplan-Meier (je Halbjahres-Kohorte)

Die Ergebnisse sollen in den Tabellen und Grafiken über die Ereigniszeiträume kumuliert dargestellt werden, beginnend mit 100 %.

Progress- und Sterberaten

ED und FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten, Rate mit 95 % CI:
1. ohne Endpunkt,
2. mit sekundärem Endpunkt,
3. mit primären Endpunkt (ohne Tod)
4. verstorben;
Ohne Werte (außer „4. verstorben“): Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI

Anhang: BMI bei Kindern

BMI Wertetabellen für Mädchen und Jungen

Mädchen

Alter	untergewichtig	normal	mäßig adipös	(stark) adipös
1	≤14,8	14,9-18,2	18,3-19,2	≥19,3
2	≤14,3	14,4-17,9	18,0-19,0	≥19,1
3	≤13,9	14,0-17,6	17,7-18,8	≥18,9
4	≤13,6	13,7-17,5	17,6-18,8	≥18,9

Jungen

Alter	untergewichtig	normal	mäßig adipös	(stark) adipös
1	≤15,1	15,2-18,7	18,8-19,8	≥19,9
2	≤14,5	14,6-17,9	18,0-19,1	≥19,2
3	≤14,0	14,1-17,6	17,7-18,8	≥18,9
4	≤13,9	14,0-17,5	17,6-18,8	≥18,9

Die Werte für den BMI richten sich nach den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA), die sich auf die Perzentilkurven von H. Kromeyer-Hauschild, M. Wabitsch, D. Kunze et al. beziehen, veröffentlicht in der Monatszeitschrift für Kinderheilkunde 149 (2001) 807-818.

Aufgrund des hohen Steigungsverhaltens der Perzentilkurven im Zeitintervall 0 bis 5 Monate ist die Erfassung der BMI-Werte in den ersten 5 Lebensmonaten nicht sinnvoll. Erst ab dem 6. Lebensmonat ist der BMI-Wert zu erfassen; dabei sind die Einjahreswerte gemäß obiger Tabellen zugrunde zu legen.

Ab dem 5. Lebensjahr gelten die BMI-Werte gemäß den Evaluationskriterien für Asthma.

2.6 Asthma bronchiale

Vorbemerkung

Geschlechtsspezifische Auswertungen sowie altersgruppierte Auswertungen für Kinder: Krankenkassenübergreifende Auswertungen sind möglich. Gleichrangig zu den übergreifenden Auswertungen bleibt auch die Möglichkeit, diese Analysen in einzelne Berichte aufzunehmen: Eine von beiden Möglichkeiten muss ausgewählt werden.

Sofern eine Auswertung nach Geschlecht (Mann, Frau) oder nach Alterskategorien (<12, <18) vorgesehen ist, wird die betreffende Kohorte nicht dargestellt, wenn in einer Kohorte im Beitrittsjahr diese Geschlechts- oder Alterskategorie mit weniger als 10 Patienten und / oder Patientinnen besetzt ist, wobei bei den Kinder-Alterskategorien kumulierte Wertebereiche zu bilden sind. Lediglich zur Darstellung der Alters- und Geschlechtsstruktur der DMP-Teilnehmerinnen oder -Teilnehmer (Tabelle zur Anzahl der Patienten und Patientinnen) werden die Geschlechts- oder Alterskategorien auch bei Fallzahlen von weniger als 10 ausgewiesen. Als Kinder sind hier und in den weiteren Tabellen, sofern keine anderen Angaben gemacht werden, Kinder < 18 Jahren zu erfassen.

Bei der Auswertung nach den Alterskategorien der Kinder sollen die entsprechenden Alterssubkohorten anhand des Alters zum Zeitpunkt des jeweiligen Auswertungshalbjahres gebildet werden und nicht anhand des Alters zum Zeitpunkt der Erstdokumentation gebildet und fixiert werden.

Form und Inhalt der Evaluationsberichte

Patienten- und Patientinnenzahlen und -merkmale

ED oder FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen, Geschlechtsverteilung; Anzahl, Kinder (<12, <18); Geschlechtsverteilung Bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschiedene Patienten und Patientinnen (ohne Werte), kumulierte Darstellung: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder (<12, <18), Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung, davon: bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschieden wegen Tod: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate; bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschieden wegen Ausschluss: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate; bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschieden wegen Beendigung durch den Patienten: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate; bis zum Ende des Berichtshalbjahres aus sonstigen oder unbekanntem Gründen ausgeschieden: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate; Fehlen der medizinischen Dokumentation: total missing: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate; Mittleres Alter in vollendeten Lebensjahren mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl der Patienten und Patientinnen pro Alterskategorie (t): Werte $5 \leq t < 12$; $12 \leq t < 18$; $18 \leq t < 40$; $40 < t \leq 65$; $t > 65$; jeweils mit Geschlechtsverteilung

Zusätzlich identische Darstellungen (mit Ausnahme der Anzahl der Patienten und Patientinnen pro Alterskategorie) für 3 Alterssubkohorten :

1. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $18 \leq t \leq 40$
2. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $40 < t \leq 65$
3. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $t > 65$

Die Alterssubkohorten sollen anhand des Alters zum Zeitpunkt der ED gebildet werden.

Leistungserbringer

Sollten die in den nachfolgenden Tabellen angegebenen Auswertungen für die einzelnen Leistungserbringer nicht möglich sein, so hat die Dokumentation gleichwohl mit der Nennung der Tabellenüberschrift unter Angabe der Gründe zu erfolgen.

Hausärzte

Programmbeginn	im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Praxen; Anzahl eingeschriebene Versicherte pro Praxis	Anzahl; Zuwachs: Anzahl der Praxen, Anzahl eingeschriebene Versicherte pro Praxis

Kinderärzte

Programmbeginn	im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Praxen; Anzahl eingeschriebene Kinder pro Praxis	Anzahl der Praxen; Zuwachs: Anzahl der Praxen; Anzahl eingeschriebene Kinder pro Praxis

Pneumologisch qualifizierte Ärzte bzw. Einrichtungen (ambulant)

Programmbeginn	im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Praxen bzw. Einrichtungen; Anzahl eingeschriebene Versicherte pro Praxis bzw. Einrichtung	Anzahl der Praxen bzw. Einrichtungen; Zuwachs: Anzahl der Praxen bzw. Einrichtungen; Anzahl eingeschriebene Versicherte pro Praxis bzw. Einrichtung

Pneumologisch qualifizierte Kinderärzte

Programmbeginn	im jeweiligen Halbjahr
Anzahl; Anzahl eingeschriebene Kinder pro Praxis	Anzahl der Praxen; Zuwachs: Anzahl der Praxen; Anzahl eingeschriebene Kinder pro Praxis

Pneumologisch qualifizierte Krankenhäuser

Programmbeginn	im jeweiligen Halbjahr
Anzahl; Anzahl eingeschriebene Versicherte pro Krankenhaus	Anzahl; Zuwachs: Anzahl der Krankenhäuser; Anzahl eingeschriebene Versicherte pro Krankenhaus; Anzahl Kinder pro Krankenhaus

Pneumologisch qualifizierte Kinderkrankenhäuser/Krankenhäuser mit pneumologisch qualifizierter pädiatrischer Abteilung

Programmbeginn	im jeweiligen Halbjahr
Anzahl; Anzahl eingeschriebene Kinder pro Krankenhaus	Anzahl; Zuwachs: Anzahl der Krankenhäuser; Anzahl eingeschriebene Kinder pro Krankenhaus

Pneumologisch qualifizierte Rehabilitations-Einrichtungen

Programmbeginn	im jeweiligen Halbjahr
Anzahl; Anzahl eingeschriebene Versicherte pro Einrichtung	Anzahl; Zuwachs: Anzahl der Einrichtungen; Anzahl eingeschriebene Versicherte pro Einrichtung; Anzahl Kinder pro Einrichtung

Krankheitsverlauf nach der Einschreibung

Für alle nachfolgenden Tabellen gilt - sofern nicht anders angegeben - folgendes:

Bezugsgröße für den Ausweis von Patienten und Patientinnen ohne Werte ist die Restkohorte.

Bezugsgröße für den Ausweis der medizinischen Parameter sind die auswertbaren Patienten und Patientinnen in der Restkohorte.

Anmerkung: Aus Platzgründen können ggf. die Darstellung bezüglich der Kinder in eigenen Tabellen erfolgen.

Asthmasymptome

Häufigkeit von Asthmasymptomen

ED oder FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen pro Symptomkategorien, Rate mit 95 % CI: „täglich“, „wöchentlich“, „seltener als wöchentlich“, „keine“; Geschlechtsverteilung;
Anzahl der Kinder (<12, <18) pro Symptomkategorien, Rate mit 95 % CI: „täglich“, „wöchentlich“, „seltener als wöchentlich“, „keine“;
Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl der Kinder(<12, <18), Rate mit 95 % CI

Zusätzlich identische Darstellungen für 3 Alterssubkohorten :

1. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $18 \leq t \leq 40$
2. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $40 < t \leq 65$
3. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $t > 65$

Ggf. Darstellung der Häufigkeit der Asthmasymptome durch Ereigniszeitanalyse mit rezidivierenden Ereignissen unter Berücksichtigung der Zeiträume zwischen den Ereignissen (Definition der Zeitzwischenräume durch Kategorien)

Zusätzlich identische Darstellungen für 3 Alterssubkohorten :

1. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $18 \leq t \leq 40$
2. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $40 < t \leq 65$
3. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $t > 65$

Entwicklung der Häufigkeit der Asthmasymptome

ED	FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der auswertbaren Patienten und Patientinnen, Geschlechtsverteilung; Anzahl der Kinder (<12, <18),	Anzahl der Patienten und Patientinnen der Kategorien, Rate mit 95 % CI: Verbesserung der Asthmasymptome 1); gleichbleibende Asthmasymptome 2); Verschlechterung der Asthmasymptome 3); Geschlechtsverteilung; Anzahl der Kinder (<12, <18), Rate mit 95 % CI der Kategorien: Verbesserung der Asthmasymptome 1); gleichbleibende Asthmasymptome 2); Verschlechterung der Asthmasymptome 3)

1) Verbesserung der Asthmasymptome: Vergleich FD im jeweiligen Halbjahr mit FD-1 mit $FD > FD-1$ (keine > seltener als wöchentlich > wöchentlich > täglich)

2) gleichbleibende Asthmasymptome: Vergleich FD im jeweiligen Halbjahr mit FD-1 mit $FD = FD-1$ (keine > seltener als wöchentlich > wöchentlich > täglich)

3) Verschlechterung der Asthmasymptome: Vergleich FD im jeweiligen Halbjahr mit FD-1 mit $FD < FD-1$ (keine > seltener als wöchentlich > wöchentlich > täglich)

Im ersten Folgehalbjahr entspricht FD-1 der ED.

Zusätzlich identische Darstellungen für 3 Alterssubkohorten :

1. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $18 \leq t \leq 40$
2. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $40 < t \leq 65$
3. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $t > 65$

Peak-Flow-Werte

Peak-Flow-Absolutwerte

ED oder FD im jeweiligen Halbjahr *
Anzahl der Erwachsenen mit durchgeführter Peak-Flow-Messung, Rate mit 95 % CI, Peak-Flow-Mittelwert mit 95 % CI; Mittlere Differenz zum Wert in der ED mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl der Kinder (<12, <18) mit durchgeführter Peak-Flow-Messung, Rate mit 95 % CI, Peak-Flow-Mittelwert mit 95 % CI; Mittlere Differenz zum Wert in der ED mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung Ohne Werte: Anzahl der Erwachsenen, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl der Kinder (<12, <18), Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung

*Darstellung der Peak-Flow-Werte erst nach Einführung der elektronischen Dokumentation ab Halbjahr 2008-2 möglich.

Zusätzlich identische Darstellungen für 3 Alterssubkohorten :

1. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $18 \leq t \leq 40$
2. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $40 < t \leq 65$
3. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $t > 65$

Entwicklung der Peak-Flow-Werte

ED	FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der auswertbaren Patienten und Patientinnen, Geschlechtsverteilung; Anzahl der Kinder (<12, <18)	Anzahl, Rate mit 95 % CI der Patienten und Patientinnen der Kategorien: Verbesserung des Peak-Flow-Wertes ODER gleichbleibender Peak-Flow-Wert 1); Verschlechterung des Peak-Flow-Wertes 2); Geschlechtsverteilung; Anzahl, Rate mit 95 % CI der Kinder (<12, <18) der Kategorien: Verbesserung des Peak-Flow-Wertes ODER gleichbleibender Peak-Flow-Wert 1); Verschlechterung des Peak-Flow-Wertes 2)

1) Verbesserung des Peak-Flow-Wertes ODER gleichbleibender Peak-Flow-Wert (vor Einführung der elektronischen Dokumentation): Übernahme der Kategorien aus Dokumentationsbogen; Verbesserung des Peak-Flow-Wertes ODER gleichbleibender Peak-Flow-Wert (nach Einführung der elektronischen Dokumentation): Vergleich FD im jeweiligen Halbjahr mit FD-1 mit $FD \geq FD-1$
 2) Verschlechterung des Peak-Flow-Wertes (vor Einführung der elektronischen Dokumentation): Übernahme der Kategorien aus Dokumentationsbogen; Verschlechterung des Peak-Flow-Wertes (nach Einführung der elektronischen Dokumentation): Vergleich FD im jeweiligen Halbjahr mit FD-1 mit $FD < FD-1$
 Im ersten Folgehalbjahr entspricht FD-1 der ED.

Zusätzlich identische Darstellungen für 3 Alterssubkohorten :

1. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $18 \leq t \leq 40$
2. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $40 < t \leq 65$
3. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $t > 65$

Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale

Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale (alle)

FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl, Rate mit 95 % CI der Patienten und Patientinnen, bei denen dokumentiert wurde, dass sie wegen Asthma mindestens einmal notfallmäßig stationär behandelt werden mussten; Geschlechtsverteilung Anzahl, Rate mit 95 % CI der Kinder (<12, <18), bei denen dokumentiert wurde, dass sie wegen Asthma mindestens einmal notfallmäßig stationär behandelt werden mussten; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl der Kinder (<12, <18), Rate mit 95 % CI

Zusätzlich identische Darstellungen für 3 Alterssubkohorten :

1. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $18 \leq t \leq 40$
2. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $40 < t \leq 65$
3. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $t > 65$

Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale (mehr als 1 mal pro Halbjahr)

FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl, Rate mit 95 % CI der Patienten und Patientinnen, bei denen dokumentiert wurde, dass sie wegen Asthma mehr als einmal notfallmäßig stationär behandelt werden mussten; Geschlechtsverteilung;
Anzahl, Rate mit 95 % CI der Kinder (<12, <18), bei denen dokumentiert wurde, dass wegen Asthma mehr als einmal notfallmäßig stationär behandelt werden mussten;
Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl der Kinder (<12, <18), Rate mit 95 % CI

Zusätzlich identische Darstellungen für 3 Alterssubkohorten :

1. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $18 \leq t \leq 40$
2. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $40 < t \leq 65$
3. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $t > 65$

Ggf. Darstellung der Häufigkeit der notfallmäßigen stationären Behandlung durch Ereigniszeitanalyse mit wiederkehrenden Ereignissen unter Berücksichtigung der Zeiträume zwischen den Ereignissen

Zusätzlich identische Darstellungen für 3 Alterssubkohorten :

1. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $18 \leq t \leq 40$
2. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $40 < t \leq 65$
3. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $t > 65$

Raucherstatus

Kollektiv der Raucher laut Erstdokumentation

Raucher laut ED	FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen (≥ 18); Geschlechtsverteilung; Anzahl der Kinder ($12 \leq t < 18$), Geschlechtsverteilung	Anzahl der Raucher (≥ 18); Rate 1) mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung; Anzahl der Kinder, Rate 1) mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen (≥ 18); Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl der Kinder, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung

1) Bezugsgröße sind die auswertbaren Patienten und Patientinnen in der Rest-Subkohorte der Raucher

Raucherquote

ED oder FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Raucher (≥ 18), Rate 2 mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung; Anzahl der Kinder ($12 \leq t < 18$), Rate 2 mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen (≥ 18), Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl der Kinder ($12 \leq t < 18$), Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung

2) Bezugsgröße sind die auswertbaren Patienten und Patientinnen in der (Gesamt-)Restkohorte

Gewichtsentwicklung (BMI)

Der Body-Mass-Index (BMI) ist aus dem Verhältnis von Masse (in kg) und Größe im Quadrat (in m^2) zu berechnen

ED	FD in jeweiligen Halbjahr 1)
Mittlerer BMI mit 95 % CI (alle Erwachsene ≥ 18) 1) ; Geschlechtsverteilung; Mittlerer BMI mit 95 % CI (Kinder < 18); Geschlechtsverteilung; Anzahl der Erwachsenen pro BMI-Kategorie 1) ; Raten mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder pro BMI-Kategorie 2) Untergewichtig, normal, mäßig adipös, (stark) adipös; Raten mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung	Mittelwert mit 95 % CI; Mittlere Differenz zum Wert in der ED mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl der Erwachsenen (≥ 18) pro BMI-Kategorie 1) ; Raten mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl der Kinder (< 18) pro BMI-Kategorien 2) Untergewichtig, normal, mäßig adipös, (stark) adipös; Raten mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung Ohne Werte: Anzahl der Erwachsenen, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung; Anzahl der Kinder, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung

1) BMI-Darstellung bei Erwachsenen erst mit Einführung der elektronischen Dokumentation möglich ab Halbjahr 2008-2; Erwachsene: Kategorie: normal: BMI < 25 ; mäßig adipös: $25 \leq$ BMI < 30 ; (stark) adipös: BMI ≥ 30

2) siehe BMI-Werttabellen für Mädchen und Jungen im Anhang

Medikation

ED oder FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung; Anzahl der Kinder (< 12 , < 18), Rate mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Kinder (< 12 , < 18), Rate mit 95 % CI, Anzahl der Patienten und Patientinnen ohne aktuelle diagnosespezifische Medikation , Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung; Anzahl der Kinder (< 12 , < 18), Rate mit 95 % CI; Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit inhalativen Glukokortikosteroiden als Dauermedikation behandelt werden, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung; Anzahl der Kinder (< 12 , < 18), Rate mit 95 % CI; Anzahl der Patienten und Patientinnen mit schwerer Beschwerdesymptomatik (Häufigkeit von Asthmasymptomen „täglich“ ODER „wöchentlich“) UND die nicht mit inhalativen Glukokortikosteroiden als Dauermedikation behandelt werden, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung; Anzahl der Kinder (< 12 , < 18) mit schwerer Beschwerdesymptomatik (Häufigkeit von Asthmasymptomen „täglich“ oder „wöchentlich“) UND die nicht mit inhalativen Glukokortikosteroiden als Dauermedikation behandelt werden, Rate mit 95 % CI;

Anzahl der Patienten und Patientinnen, die **nicht mit inhalativen Glukokortikosteroiden** behandelt werden, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung;

Anzahl der Kinder (<12, <18), Rate mit 95 % CI;

Anzahl der Patienten und Patientinnen mit **Kontraindikation** gegen **inhalative Glukokortikosteroide**, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung;

Anzahl der Kinder (<12, <18), Rate mit 95 % CI;

(Darstellung erst ab der elektronischen Dokumentation ab Halbjahr 2008-2 möglich)

Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit **inhalativen lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetika als Dauermedikation** behandelt werden, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung;

Anzahl der Kinder (<12, <18), Rate mit 95 % CI;

Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit **inhalativen lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetika als Dauermedikation UND nicht mit inhalativen Glukokortikosteroiden** behandelt werden, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung;

Anzahl der Kinder (<12, <18), die mit **inhalativen lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetika als Dauermedikation UND nicht mit inhalativen Glukokortikosteroiden** behandelt werden, Rate mit 95 % CI;

Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit **kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetika im Bedarfsfall** behandelt werden, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung;

Anzahl der Kinder (<12, <18), Rate mit 95 % CI;

Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit **kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetika als Dauermedikation** behandelt werden, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung;

Anzahl der Kinder (<12, <18), Rate mit 95 % CI;

Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit **systemischen Glukokortikosteroiden** behandelt werden, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung;

Anzahl der Kinder (<12, <18), Rate mit 95 % CI;

Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit **sonstigen asthmaspezifischen Medikamenten (außer systemischen Glukokortikosteroiden)** behandelt werden, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung;

Anzahl der Kinder (<12, <18), Rate mit 95 % CI;

Arzt- Patienten-Kommunikation

Asthmaschulungen

FD
Anzahl der Patienten und Patientinnen mit empfohlener Schulung 1), Geschlechtsverteilung; Anzahl der Kinder (<12, <18) mit empfohlener Schulung;
Anzahl, Rate mit 95 % CI der Patientinnen und Patienten der Kategorie: 1. Schulung wahrgenommen; 2. Schulung war aktuell nicht möglich; 3. Schulung nicht wahrgenommen; Geschlechtsverteilung; Bezug Patienten und Patientinnen mit empfohlener Schulung;
Anzahl, Rate mit 95 % CI der Kinder (<12, <18) der Kategorie: 1. Schulung wahrgenommen; 2. Schulung war aktuell nicht möglich; 3. Schulung nicht wahrgenommen. Bezug Kinder (<12, <18) mit empfohlener Schulung

1) „Ja“ ODER „Nein“ ODER „War aktuell nicht möglich“ in FD im aktuellen Halbjahr

Jährliche Überprüfung der Inhalationstechnik

„Inhalationstechnik überprüft“ in FD innerhalb von 12 Monaten 2)
Anzahl der Patienten und Patientinnen mit „ja“, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung, Anzahl Kinder (<12, <18) mit „ja“, Rate mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl der Kinder (<12, <18), Rate mit 95 % CI

2) Anmerkung: In der Auswertung werden immer zwei unmittelbar aufeinanderfolgende Halbjahre zusammengefasst, wobei das Beitrittsjahr und ggf. ein letztes einzelnes Analysejahr nicht mit in die Auswertung eingeht.

Schriftlicher Selbstmanagementplan

Schriftlicher Selbstmanagementplan

„Schriftlicher Selbstmanagementplan“ in der ED oder FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen mit „ja“, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder (<12, <18) mit „ja“, Rate mit 95 % CI; Anzahl der Patienten und Patientinnen mit „nicht durchführbar“, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung, Anzahl Kinder (<12, <18) mit „nicht durchführbar“, Rate mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl der Kinder (<12, <18), Rate mit 95 % CI

Schriftlicher Selbstmanagementplan bei täglicher Asthmasymptomatik

„Schriftlicher Selbstmanagementplan“ in der ED oder FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen mit „täglicher“ Asthmasymptomatik UND „ja“, Rate 1) mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder (<12, <18) mit täglicher Asthmasymptomatik UND „ja“, Rate 2) mit 95 % CI

- 1) Bezug Patienten und Patientinnen mit „täglicher Asthmasymptomatik
- 2) Bezug Kinder (<12, <18) mit „täglicher Asthmasymptomatik“

Tabakverzicht

Raucher mit Empfehlung zum Tabakverzicht

ED oder FD im jeweiligen Halbjahr	
Raucher laut aktueller Dokumentation Anzahl der Patienten und Patientinnen, Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder (12≤t<18)	Empfehlung zum Tabakverzicht: Anzahl der Patienten und Patientinnen; Geschlechtsverteilung; Rate mit 95 % CI; Anzahl Kinder (12≤t<18), Rate mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 %, Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder (12≤t<18), Rate mit 95 % CI

Auswertung nur bis Halbjahr 2008-1 möglich

Raucherstatus nach Empfehlung zum Tabakverzicht

ED oder FD	Jeweiliges Folgehalbjahr
Raucher UND Empfehlung zum Tabakverzicht laut aktueller Dokumentation, Anzahl der Patienten und Patientinnen, Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder (12≤t<18)	Nichtraucher, Anzahl der Patienten und Patientinnen; Geschlechtsverteilung; Rate mit 95 % CI; Anzahl Kinder (12≤t<18), Rate mit 95 % CI

Auswertung nur bis Halbjahr 2008-1 möglich

Wahrnehmung der Informationsangebote zum Tabakverzicht

ED oder FD im jeweiligen Halbjahr	
Raucher laut aktueller Dokumentation: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder (12≤t<18)	gewünschtes Informationsangebot: Tabakverzicht: Anzahl der Patienten und Patientinnen; Geschlechtsverteilung; Rate mit 95 % CI; Anzahl Kinder (12≤t<18), Rate mit 95 % CI

Auswertung ab elektronischer Dokumentation möglich (ab Kohorte 2008-2)

Raucherstatus nach Information zum Tabakverzicht

ED oder FD	Jeweiliges Folgehalbjahr
Raucher UND gewünschtes Informationsangebot Tabakverzicht laut aktueller Dokumentation, Anzahl der Patienten und Patientinnen, Ge- schlechtsverteilung; Anzahl Kinder (12≤t<18)	Nichtraucher, Anzahl der Patienten und Patientinnen; Geschlechtsverteilung; Rate mit 95 % CI; Anzahl Kinder (12≤t<18), Rate mit 95 % CI

Auswertung ab elektronischer Dokumentation möglich (ab Kohorte 2008-2)

Evaluation der Kooperation der Versorgungssektoren (Überweisung vom koordinierenden Arzt zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung)

Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung bei erstmaligem unzureichendem Therapieerfolg (Auftreten täglicher asthmatypischer Symptome)

<u>Prämissen</u> -Dokumentation: „tägliche Asthmasymptome“ UND Kooperation angefordert 1) in FD=FDn 2)	<u>Kooperations</u> -Dokumentation: keine „täglichen Asthmasymptome“ in nachfolgender Halbjahres-FD=FDn+1 2) (Befund nach Kooperation)
Anzahl Patienten und Patientinnen in FD = FDn, Rate (Bezug: alle mit „täglichen Asthmasymptomen“) mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder (< 18), Rate mit 95 % CI	Anzahl der Patienten und Patientinnen mit ≠ „tägliche Asthmasymptome“, Rate (Bezug: alle mit „täglichen Asthmasymptomen“ UND Kooperation in FDn), mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung; Anzahl der Kinder (<18) ≠ „tägliche Asthmasymptome“, Rate mit 95 % CI Anzahl der Patienten und Patientinnen mit = „tägliche Asthmasymptome“, Rate (Bezug: alle mit „täglichen Asthmasymptomen“ UND Kooperation in FDn), mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung; Anzahl der Kinder (<18) mit = „tägliche Asthmasymptome“, Rate mit 95 % CI

1) asthmabezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst

2) Die Bedingung = „tägliche Asthmasymptome (also der zur Kooperation führende Befund) UND angeforderte Kooperation.

Für die Prämissen- Dokumentation erstreckt sich die Halbjahres-Dokumentation vom erstmaligen Auftreten der Bedingung (n=1) bis (solange die Bedingung besteht) n=k-1(dabei entspricht k der letzten Halbjahres-FD).

Für die Kooperations-Dokumentation erstreckt sich die Dokumentation von n=n(prämisse)+1 bis n=k.

Wenn das Ereignis keine „täglichen Asthmasymptome“ (allgemein ein Befund, der keine Kooperation erfordert) eintritt, fällt der Patient aus der weiteren Auswertung heraus.

Wenn das Ereignis ≠ „Tägliche Asthmasymptome“ (Befund, der keine Kooperation erfordert) eintritt, fällt der Patient aus der weiteren Auswertung heraus.

Vier-Felder-Tafel zur Tabelle „Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung bei erstmaligem unzureichendem Therapieerfolg (Auftreten täglicher asthmatypischer Symptome)“

Patientengruppe	Erfolg	Ohne Erfolg
Prämissen - Dokumentationsgruppe	≠ „tägliche Asthmasymptome“, Anzahl, Anteil	= „tägliche Asthmasymptome“, Anzahl, Anteil
Kontrollgruppe „tägliche Asthmasymptome“ ohne Kooperation	≠ „tägliche Asthmasymptome“, Anzahl, Anteil	= „tägliche Asthmasymptome“, Anzahl, Anteil

Fällt die Gesamtzahl der in die Vier-Felder-Tafel eingehenden Patienten unter 5, entfällt die Auswertung.

Anmerkung: Falls nichts anderes angegeben ist, sind für diese und alle weiteren Vier-Felder-Tafeln keine geschlechts- oder altersspezifischen Untergruppen zu bilden

Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung bei Beginn einer systemischen Glukokortikosteroidtherapie

FD im jeweiligen Halbjahr
Erstmals Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden in FD = FDn UND asthmabezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst in FD= FDn ODER FD = FDn-1; Anzahl Patienten und Patientinnen, Rate (Bezug: alle mit erstmaliger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden) mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder (< 18), Rate (Bezug: alle mit erstmaliger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden) mit 95 % CI

Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung bei notfallmäßiger stationärer Behandlung seit der letzten Dokumentation

FD im jeweiligen Halbjahr
Notfallmäßige stationäre Behandlung seit der letzten Dokumentation in FD = FDn UND asthmabezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst in FD= FDn; Anzahl Patienten und Patientinnen, Rate (Bezug: alle mit notfallmäßiger stationärer Behandlung seit der letzten Dokumentation) mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung; Anzahl Kinder (< 18), Rate (Bezug: alle mit notfallmäßiger stationärer Behandlung seit der letzten Dokumentation) mit 95 % CI

Sterberaten

ED oder FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der verstorbenen Patientinnen und Patienten, Rate mit 95 % CI; Anzahl der Kinder (< 18), Rate mit 95 % CI

Zusätzlich identische Darstellungen für 3 Alterssubkohorten :

1. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $18 \leq t \leq 40$
2. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $40 < t \leq 65$
3. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $t > 65$

Anhang: BMI Wertetabellen für Mädchen und Jungen

Mädchen

Alter	Untergewichtig	normal	mäßig adipös	(stark) adipös
5	≤13,5	13,6-17,6	17,7-19,0	≥19,1
6	≤13,5	13,6-17,9	18,0-19,6	≥19,7
7	≤13,6	13,7-18,4	18,5-20,3	≥20,4
8	≤13,8	13,9-19,2	19,3-21,4	≥21,5
9	≤14,1	14,2-19,9	20,0-22,4	≥22,5
10	≤14,4	14,5-20,7	20,8-23,4	≥23,5
11	≤14,8	14,9-21,5	21,6-24,4	≥24,5
12	≤15,3	15,4-22,4	22,5-25,4	≥25,5
13	≤16,0	16,1-23,2	23,3-26,2	≥26,3
14	≤16,6	16,7-24,0	24,1-26,9	≥27,0
15	≤17,2	17,3-24,5	24,6-27,4	≥27,5
16	≤17,6	17,7-24,8	24,9-27,6	≥27,7
17	≤17,9	18,0-25,0	25,1-27,6	≥27,7

Jungen

Alter	Untergewichtig	normal	mäßig adipös	(stark) adipös
5	≤13,7	13,8-17,5	17,6-18,9	≥19,0
6	≤13,7	13,8-17,8	17,9-19,3	≥19,4
7	≤13,8	13,9-18,2	18,3-20,1	≥20,2
8	≤14,0	14,1-18,9	19,0-21,0	≥21,1
9	≤14,2	14,3-19,7	19,8-22,1	≥22,2
10	≤14,5	14,6-20,5	20,6-23,3	≥23,4
11	≤14,9	15,0-21,3	21,4-24,4	≥24,5
12	≤15,3	15,4-22,2	22,3-25,3	≥25,4
13	≤15,8	15,9-22,9	23,0-26,2	≥26,3
14	≤16,4	16,5-23,6	23,7-26,9	≥27,0
15	≤16,9	17,0-24,3	24,4-27,4	≥27,5
16	≤17,5	17,6-24,8	24,9-27,9	≥28,0
17	≤18,0	18,1-25,3	25,4-28,3	≥28,4

Die Werte für den BMI richten sich nach den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA), die sich auf die Perzentilkurven von H. Kromeyer-Hauschild, M. Wabitsch, D. Kunze et al. beziehen, veröffentlicht in der Monatszeitschrift für Kinderheilkunde 149 (2001) 807-818.

2.7 COPD

Vorbemerkungen

Geschlechtsspezifische Auswertungen: Krankenkassenübergreifende Auswertungen sind möglich. Gleichrangig zu den übergreifenden Auswertungen bleibt auch die Möglichkeit, diese Analysen in einzelne Berichte aufzunehmen: Eine von beiden Möglichkeiten muss ausgewählt werden.

Sofern eine Auswertung nach Geschlecht (Mann, Frau) vorgesehen ist, wird die betreffende Kohorte nicht dargestellt, wenn in einer Kohorte im Beitrittsjahr diese Geschlechtskategorie mit weniger als 10 Patienten und / oder Patientinnen besetzt ist.

Lediglich zur Darstellung der Alters- und Geschlechtsstruktur der DMP-Teilnehmer oder -Teilnehmerinnen (Tabelle zur Anzahl der Patienten und Patientinnen) werden die Geschlechts- oder Alterskategorien auch bei Fallzahlen von weniger als 10 ausgewiesen.

Form und Inhalt der Evaluationsberichte

Patienten- und Patientinnenzahlen und -merkmale

ED oder FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen, Geschlechtsverteilung
Bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschiedene Patienten und Patientinnen (ohne Werte), kumulierte Darstellung: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung; davon: bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschieden wegen Tod: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate; bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschieden wegen Ausschluss: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate; bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschieden wegen Beendigung durch den Patienten: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate; bis zum Ende des Berichtshalbjahres aus sonstigen oder unbekanntem Gründen ausgeschieden: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate;
Fehlen der medizinischen Dokumentation: total missing: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate;
Mittleres Alter in vollendeten Lebensjahren mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl der Patienten und Patientinnen pro Alterskategorie (t): Werte $18 \leq t \leq 40$; $40 < t \leq 65$; $t > 65$; jeweils mit Geschlechtsverteilung

Zusätzlich identische Darstellungen (mit Ausnahme der Anzahl der Patienten und Patientinnen pro Alterskategorie) für 3 Alterssubkohorten :

1. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $18 \leq t \leq 40$
2. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $40 < t \leq 65$
3. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $t > 65$

Die Alterssubkohorten sollen anhand des Alters zum Zeitpunkt der ED gebildet werden.

Leistungserbringer

Sollten die in den nachfolgenden Tabellen angegebenen Auswertungen für die einzelnen Leistungserbringer nicht möglich sein, so hat die Dokumentation gleichwohl mit der Nennung der Tabellenüberschrift unter Angabe der Gründe zu erfolgen.

Hausärzte

Programmbeginn	im jeweiligen Halbjahr
Anzahl; Anzahl eingeschriebene Versicherte pro Praxis	Anzahl der Praxen; Zuwachs: Anzahl der Praxen; Anzahl eingeschriebene Versicherte pro Praxis

Pneumologisch qualifizierte Ärzte bzw. Einrichtung (ambulant)

Programmbeginn	im jeweiligen Halbjahr
Anzahl; Anzahl eingeschriebene Versicherte pro Praxis bzw. Einrichtung	Anzahl der Praxen bzw. Einrichtungen; Zuwachs: Anzahl der Praxen bzw. Einrichtungen; Anzahl eingeschriebene Versicherte pro Praxis bzw. Einrichtung

Pneumologisch qualifizierte Krankenhäuser

Programmbeginn	im jeweiligen Halbjahr
Anzahl; Anzahl eingeschriebene Versicherte pro Krankenhaus	Anzahl; Zuwachs: Anzahl der Krankenhäuser; Anzahl eingeschriebene Versicherte pro Krankenhaus

Pneumologisch qualifizierte Rehabilitations-Einrichtungen

Programmbeginn	im jeweiligen Halbjahr
Anzahl; Anzahl eingeschriebene Versicherte pro Einrichtung	Anzahl; Zuwachs: Anzahl der Einrichtungen; Anzahl eingeschriebene Versicherte pro Einrichtung;

Krankheitsverlauf nach der Einschreibung

Für alle nachfolgenden Tabellen gilt - sofern nicht anders angegeben- folgendes:
 Bezugsgröße für den Ausweis von Patienten und Patientinnen ohne Werte ist die Restkohorte.
 Bezugsgröße für den Ausweis der medizinischen Parameter sind die auswertbaren Patienten und Patientinnen in der Restkohorte.

Einsekundenkapazität (FEV 1 - Wert) gemessen vor Bronchospasmolyse

Einsekundenkapazität in Absolutwerten

ED oder FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen mit durchgeführter Einsekundenkapazitätsmessung, Rate mit 95 % CI, Einsekundenkapazität-Mittelwert mit 95 % CI; Mittlere Differenz zum Wert in der ED mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung;
Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung

Zusätzlich identische Darstellungen für 3 Alterssubkohorten :

1. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $18 \leq t \leq 40$
2. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $40 < t \leq 65$
3. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $t > 65$

Entwicklung der Einsekundenkapazität nach Absolutwerten

ED	FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der auswertbaren Patienten und Patientinnen, Geschlechtsverteilung	Anzahl, Rate mit 95 % CI der Patienten und Patientinnen der Kategorien: Verbesserung der Einsekundenkapazität ODER gleichbleibender Einsekundenkapazität 1); Verschlechterung der Einsekundenkapazität 2); Geschlechtsverteilung

1) Verbesserung der Einsekundenkapazität ODER gleichbleibende Einsekundenkapazität: Vergleich FD im jeweiligen Halbjahr mit FD-1 mit $FD \geq FD-1$

2) Verschlechterung der Einsekundenkapazität: Vergleich FD im jeweiligen Halbjahr mit FD-1 mit $FD < FD-1$
 Im ersten Folgehalbjahr entspricht FD-1 der ED.

Zusätzlich identische Darstellungen für 3 Alterssubkohorten :

1. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $18 \leq t \leq 40$
2. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $40 < t \leq 65$
3. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $t > 65$

Einsekundenkapazität in Prozent des Sollwertes

ED oder FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen, Einsekundenkapazität in % des Sollwertes-Mittelwert mit 95 % CI; Mittlere Differenz zum Wert in der ED mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung;
Anzahl der Patienten und Patientinnen pro Kategorien der Einsekundenkapazität in Prozent des Sollwertes 1), Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung;
Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung

1) Kategorie I (leicht): FEV 1 ≥ 80 % des Sollwertes;

Kategorie II (mittel): 50 % des Sollwertes ≤ FEV 1 < 80 % des Sollwertes

Kategorie III (schwer): 30 % des Sollwertes ≤ FEV 1 < 50 % des Sollwertes

Kategorie IV (sehr schwer): FEV 1 ≤ 30 % des Sollwertes

Berechnung des Sollwertes für jeden einzelnen Versicherten nach folgender Formel:

Männer: 4,301H-0,029A-2,492

Frauen: 3,953H-0,025A-2,604

H: Größe in Metern; A: Alter in Jahren

In Dokumentation angegebener gemessener Wert wird zum errechneten Sollwert für den Patienten in Verhältnis gesetzt und ergibt so die Einsekundenkapazität in % des Sollwertes.

Zusätzlich identische Darstellungen für 3 Alterssubkohorten :

1. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit 18≤t≤40
2. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit 40<t≤65
3. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit t>65

Entwicklung der Einsekundenkapazität in Prozent des Sollwertes nach Schweregradkategorien

ED	FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der auswertbaren Patienten und Patientinnen, Geschlechtsverteilung	Anzahl, Rate mit 95 % CI der Patienten und Patientinnen der Kategorien: Verbesserung der Einsekundenkapazität in Prozent des Sollwertes ODER gleichbleibende Einsekundenkapazität in Prozent des Sollwertes 1); Verschlechterung der Einsekundenkapazität in Prozent des Sollwertes 2); Geschlechtsverteilung

1) Verbesserung der Einsekundenkapazität in Prozent des Sollwertes ODER gleichbleibende Einsekundenkapazität in Prozent des Sollwertes: Vergleich FD im jeweiligen Halbjahr mit FD-1 mit

FD≥FD-1 mit Kategorie I (leicht)> Kategorie II (mittel)> Kategorie III (schwer)> Kategorie IV (sehr schwer)

2) Verschlechterung der Einsekundenkapazität in Prozent des Sollwertes: Vergleich FD im jeweiligen Halbjahr mit FD-1 mit FD<FD-1 mit Kategorie I (leicht)> Kategorie II (mittel)> Kategorie III (schwer)> Kategorie IV (sehr schwer)

Im ersten Folgehalbjahr entspricht FD-1 der ED.

Zusätzlich identische Darstellungen für 3 Alterssubkohorten :

1. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit 18≤t≤40
2. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit 40<t≤65
3. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit t>65

Exazerbationen

Häufigkeit der Exazerbationen

FD innerhalb von 12 Monaten 1)

Anzahl, Rate mit 95 % CI der Patienten und Patientinnen mit Auftreten von Exazerbationen nach folgenden Häufigkeitskategorien:
1. ohne Exazerbationen pro Jahr; 2. 1-3 Exazerbationen pro Jahr; 3. > 3 Exazerbationen pro Jahr; Geschlechtsverteilung;
Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung

1) Anmerkung: In der Auswertung werden immer zwei unmittelbar aufeinanderfolgende Halbjahre zusammengefasst, wobei das Beitrittsjahr und ggf. ein letztes einzelnes Analysejahr nicht in die Auswertung eingeht.
Darstellung der Häufigkeit der Exazerbationen erst nach Einführung der elektronischen Dokumentation ab Halbjahr 2008-2 möglich.

Zusätzlich identische Darstellungen für 3 Alterssubkohorten :

1. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $18 \leq t \leq 40$
2. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $40 < t \leq 65$
3. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $t > 65$

Ggf. Darstellung der Häufigkeit der Exazerbationen durch Ereigniszeitanalyse mit wiederkehrenden Ereignissen unter Berücksichtigung der Zeiträume zwischen den Ereignissen

Zusätzlich identische Darstellungen für 3 Alterssubkohorten :

1. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $18 \leq t \leq 40$
2. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $40 < t \leq 65$
3. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $t > 65$

Entwicklung der Häufigkeit der Exazerbationen

FD im jeweiligen Halbjahr (ggf. FD innerhalb von 12 Monaten)

Anzahl, Rate mit 95 % CI der Patienten und Patientinnen der Kategorien: Verbesserung der Häufigkeit der Exazerbationen 1); gleichbleibende Häufigkeit der Exazerbationen 2); Verschlechterung der Häufigkeit der Exazerbationen 3); Geschlechtsverteilung

1) Verbesserung der Häufigkeit der Exazerbationen: Vergleich FD im jeweiligen Halbjahr mit FD-1 mit $FD < FD-1$
2) gleichbleibende Häufigkeit der Exazerbationen: Vergleich FD im jeweiligen Halbjahr mit FD-1 mit $FD = FD-1$
2) Verschlechterung der Häufigkeit der Exazerbationen: Vergleich FD im jeweiligen Halbjahr mit FD-1 mit $FD > FD-1$
Im ersten Folgejahr entspricht FD-1 der ED.
Darstellung der Entwicklung der Häufigkeiten der Exazerbationen erst nach Einführung der elektronischen Dokumentation ab Halbjahr 2008-2 möglich.

Zusätzlich identische Darstellungen für 3 Alterssubkohorten :

1. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $18 \leq t \leq 40$
2. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $40 < t \leq 65$
3. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $t > 65$

Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD

Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD (alle)

FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl, Rate mit 95 % CI der Patienten und Patientinnen, bei denen dokumentiert wurde, dass sie wegen COPD mindestens einmal notfallmäßig nicht-stationär behandelt werden mussten; Geschlechtsverteilung; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung
Darstellung bis Halbjahr 2008-1 möglich

Zusätzlich identische Darstellungen für 3 Alterssubkohorten :

1. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $18 \leq t \leq 40$
2. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $40 < t \leq 65$
3. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $t > 65$

Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD (mehr als 1 mal pro Halbjahr)

FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl, Rate mit 95 % CI der Patienten und Patientinnen, bei denen dokumentiert wurde, dass sie wegen COPD mehr als einmal notfallmäßig nicht-stationär behandelt werden mussten; Geschlechtsverteilung; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung
Darstellung bis Halbjahr 2008-1 möglich

Zusätzlich identische Darstellungen für 3 Alterssubkohorten :

1. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $18 \leq t \leq 40$
2. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $40 < t \leq 65$
3. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $t > 65$

Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD

Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD (alle)

FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl, Rate mit 95 % CI der Patienten und Patientinnen, bei denen dokumentiert wurde, dass sie wegen COPD mindestens einmal notfallmäßig stationär behandelt werden mussten; Geschlechtsverteilung; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung

Zusätzlich identische Darstellungen für 3 Alterssubkohorten :

1. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $18 \leq t \leq 40$
2. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $40 < t \leq 65$
3. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $t > 65$

Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD (mehr als 1 mal pro Halbjahr)

FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl, Rate mit 95 % CI der Patienten und Patientinnen, bei denen dokumentiert wurde, dass sie wegen COPD mehr als einmal notfallmäßig stationär behandelt werden mussten; Geschlechtsverteilung; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung

Zusätzlich identische Darstellungen für 3 Alterssubkohorten :

1. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $18 \leq t \leq 40$
2. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $40 < t \leq 65$
3. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $t > 65$

Ggf. Darstellung der Häufigkeit der notfallmäßigen stationären Behandlung durch Ereigniszeitanalyse mit wiederkehrenden Ereignissen unter Berücksichtigung der Zeiträume zwischen den Ereignissen

Zusätzlich identische Darstellungen für 3 Alterssubkohorten :

1. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $18 \leq t \leq 40$
2. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $40 < t \leq 65$
3. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $t > 65$

Raucherstatus

Kollektiv der Raucher laut Erstdokumentation

Raucher laut ED	FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl; Geschlechtsverteilung	Anzahl der Raucher, Rate 1) mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung

1) Bezugsgröße sind die auswertbaren Patienten und Patientinnen in der Rest-Subkohorte der Raucher

Raucherquote

ED oder FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Raucher, Rate 2) mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung; (außer ED)

2) Bezugsgröße sind die auswertbaren Patienten und Patientinnen in der (Gesamt-)Restkohorte

Gewichtsentwicklung (BMI)

Der Body-Mass-Index (BMI) ist aus dem Verhältnis von Masse (in kg) und Größe im Quadrat (in m²) zu berechnen

ED	FD in jeweiligen Halbjahr
Mittlerer BMI mit 95 % CI aller Patienten und Patientinnen, Geschlechtsverteilung; Anzahl der Patienten und Patientinnen pro BMI-Kategorie 1) Untergewichtig, normal, mäßig adipös, (stark) adipös; Raten mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung;	Mittelwert mit 95 % CI; Mittlere Differenz zum Wert in der ED mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Anzahl der Patienten und Patientinnen pro BMI-Kategorie 1) ; Raten mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung

1) Kategorie: untergewichtig: BMI < 18,5; normal: 18,5 ≤ BMI < 25; mäßig adipös: 25 ≤ BMI < 30; (stark) adipös: BMI ≥ 30

Medikation

ED oder FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung;
Anzahl der Patienten und Patientinnen ohne aktuelle diagnosespezifische Medikation , Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung;
Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika im Bedarfsfall behandelt werden, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung;
Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetika als Dauermedikation behandelt werden, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung;
Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit lang wirksamen Anticholinergika als Dauermedikation behandelt werden, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung;
Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit inhalativen Glukokortikosteroiden behandelt werden, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung;
Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit systemischen Glukokortikosteroiden behandelt werden, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung;
Anzahl der Patienten und Patientinnen, die mit sonstigen 1) diagnosespezifischen Medikamenten behandelt werden, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung

1) bis einschließlich Halbjahr 2008-1 fallen unter sonstige diagnosespezifische Medikamente nur das Theophyllin; ab eDMP ab Halbjahr 2008-2 fallen darunter Theophyllin und „andere“ Medikamente

Arzt- Patienten-Kommunikation

COPD-Schulung

FD
Anzahl der Patienten und Patientinnen mit empfohlener Schulung 1), Geschlechtsverteilung;
Anzahl, Rate mit 95 % CI der Patienten und Patientinnen der Kategorie: 1. Schulung wahrgenommen; 2. Schulung war aktuell nicht möglich; 3. Schulung nicht wahrgenommen; Geschlechtsverteilung;
Bezug Patienten und Patientinnen mit empfohlener Schulung

1) „Ja“ ODER „Nein“ ODER „War aktuell nicht möglich“ in FD im aktuellen Halbjahr

Jährliche Überprüfung der Inhalationstechnik

„Inhalationstechnik überprüft“ in FD innerhalb von 12 Monaten 2)
Anzahl der Patienten und Patientinnen mit „ja“, Rate mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung;
Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 % CI; Geschlechtsverteilung

2) Anmerkung: In der Auswertung werden immer zwei unmittelbar aufeinanderfolgende Halbjahre zusammengefasst, wobei das Beitrittsjahr und ggf. ein letztes einzelnes Analysejahr nicht mit in die Auswertung eingeht.

Tabakverzicht

Raucher mit Empfehlung zum Tabakverzicht

ED oder FD im jeweiligen Halbjahr	
Raucher laut aktueller Dokumentation Anzahl der Patienten und Patientinnen, Geschlechtsverteilung;	Empfehlung zum Tabakverzicht: Anzahl der Patienten und Patientinnen; Geschlechtsverteilung; Rate mit 95 % CI; Ohne Werte: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate mit 95 %, Geschlechtsverteilung

Auswertung nur bis Halbjahr 2008-1 möglich

Raucherstatus nach Empfehlung zum Tabakverzicht

ED oder FD	Jeweiliges Folgehalbjahr
Raucher UND Empfehlung zum Tabakverzicht laut aktueller Dokumentation, Anzahl der Patienten und Patientinnen, Geschlechtsverteilung	Nichtraucher, Anzahl der Patienten und Patientinnen; Geschlechtsverteilung; Rate mit 95 % CI

Auswertung nur bis Halbjahr 2008-1 möglich

Informationsangebote

Wahrnehmung der Informationsangebote zum Tabakverzicht

ED oder FD im jeweiligen Halbjahr	
Raucher laut aktueller Dokumentation: Anzahl der Patienten und Patientinnen, Geschlechtsverteilung	gewünschtes Informationsangebot: Tabakverzicht: Anzahl der Patienten und Patientinnen; Geschlechtsverteilung; Rate mit 95 % CI

Auswertung ab elektronischer Dokumentation möglich (ab Kohorte 2008-2)

Raucherstatus nach Information zum Tabakverzicht

ED oder FD	Jeweiliges Folgehalbjahr
Raucher UND gewünschtes Informationsangebot Tabakverzicht laut aktueller Dokumentation, Anzahl der Patienten und Patientinnen, Geschlechtsverteilung	Nichtraucher, Anzahl der Patienten und Patientinnen; Geschlechtsverteilung; Rate mit 95 % CI

Auswertung ab elektronischer Dokumentation möglich (ab Kohorte 2008-2)

Wahrnehmung der Informationsangebote zur Ernährungsberatung

ED oder FD im jeweiligen Halbjahr	
Anzahl der Patienten und Patientinnen pro BMI-Kategorien: 1. BMI < 18,5 (untergewichtig); 2. BMI ≥ 25 (mäßig und stark adipös), Geschlechtsverteilung	gewünschtes Informationsangebot: Ernährungsberatung: Anzahl der Patienten und Patientinnen pro BMI-Kategorien: 1. BMI < 18,5 (untergewichtig); 2. BMI ≥ 25 (mäßig und stark adipös), Geschlechtsverteilung; Rate mit 95 % CI

Darstellung erst nach Einführung der elektronischen Dokumentation möglich (ab Kohorte 2008-2)

Wahrnehmung der Informationsangebote zum körperlichen Training

ED oder FD im jeweiligen Halbjahr	
Anzahl der Patienten und Patientinnen, Geschlechtsverteilung	gewünschtes Informationsangebot: körperliches Training: Anzahl der Patienten und Patientinnen; Geschlechtsverteilung; Rate mit 95 % CI

Auswertung ab elektronischer Dokumentation möglich (ab Kohorte 2008-2)

Evaluation der Kooperation der Versorgungssektoren (Überweisung vom koordinierenden Arzt zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung)

Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung bei unzureichendem Therapieerfolg (mehr als 3 Exazerbationen pro Jahr)

FD innerhalb von 12 Monaten
Auftreten von mehr als 3 Exazerbationen pro Jahr UND COPD bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst in der Dokumentation, in der die vierte Exazerbation dokumentiert wird; Anzahl der Patienten und Patientinnen, Rate (Bezug: alle Patienten und Patientinnen mit mehr als 3 Exazerbationen pro Jahr) mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung

Darstellung erst nach Einführung der elektronischen Dokumentation ab Halbjahr 2008-2 möglich.

Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung bei Beginn einer systemischen Glukokortikosteroidtherapie

FD im jeweiligen Halbjahr
Erstmals Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden in FD = FDn UND COPD bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst in FD = FDn ODER FD = FDn-1; Anzahl Patienten und Patientinnen, Rate (Bezug: alle mit erstmaliger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden) mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung

Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung bei notfallmäßiger stationärer Behandlung seit der letzten Dokumentation

FD im jeweiligen Halbjahr
Notfallmäßige stationäre Behandlung seit der letzten Dokumentation in FD = FDn UND COPD bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst in FD= FDn; Anzahl Patienten und Patientinnen, Rate (Bezug: alle mit notfallmäßiger stationärer Behandlung seit der letzten Dokumentation) mit 95 % CI, Geschlechtsverteilung

Sterberaten

ED und FD im jeweiligen Halbjahr
Anzahl der verstorbenen Patientinnen und Patienten, Rate mit 95 % CI

Zusätzlich identische Darstellungen für 3 Alterssubkohorten :

1. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $18 \leq t \leq 40$
2. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $40 < t \leq 65$
3. Subkohorte: Patienten und Patientinnen mit $t > 65$

Kapitel 3: Evaluation der ökonomischen Inhalte

Ein Grundziel der Evaluation ist die Überprüfung der Kosten der Versorgung der DMP-Patienten und -Patientinnen. Im Rahmen der Evaluation sind die den Krankenkassen entstehenden direkten Kosten der Behandlung von Patienten und Patientinnen im Evaluationsbericht darzustellen. Indirekte Kosten bleiben hier unberücksichtigt.

Auf der Grundlage der Daten des Evaluationsberichtes ist vom BVA zu analysieren, ob zwischen den Kosten, dem medizinischen Outcome und dem Outcome im Bereich der subjektiven Lebensqualität ein Zusammenhang besteht.

Darstellungsweise

Auswertung der Kohorten

Die Daten einer jeden Kohorte werden halbjährlich ausgewertet. Die im Kalenderhalbjahr der Einschreibung von Beginn der Einschreibung bis zum Ende des Kalenderhalbjahres entstandenen Kosten werden gesondert erfasst. Dieses unvollständige Kalenderhalbjahr wird im folgenden „Beitrittshalbjahr“ genannt. Bei Neueinschreibungen werden die Kosten des vollständigen Quartals, in dem die Einschreibung erfolgt, berücksichtigt.

Das erste der Auswertung zugrundeliegende vollständige Halbjahr beginnt mit dem ersten Tag des Kalenderhalbjahres, das auf das Beitrittshalbjahr folgt. Daran schließen sich die weiteren der Auswertung zugrundeliegenden Halbjahre an. Darüber hinaus sind die durchschnittlichen Kosten pro Auswertungsjahr anzugeben.

Im Hinblick auf die ökonomischen Parameter ergibt sich folgender Tabellen-Standard für die Auswertung einzelner Zielwerte bzw. Kohorten-Charakteristika; mit Verlängerung bzw. Fortlaufen eines Programms wird der Tabellen-Standard vergrößert:

Eintritts- Zeitpunkt (beginnend mit Halb- jahr des Programm- beginns)	Kosten/ Ereignisse im Halbjahr der Ein- schreibung (Beitritts- halbjahr)	Kosten/ Ereignisse im zweiten Halbjahr der Teil- nahme	Kosten/ Ereignisse im dritten Halbjahr der Teilnah- me	Kosten/ Ereignisse im vierten Halbjahr der Teilnah- me	Kosten/ Ereignisse im fünften Halbjahr der Teil- nahme	Durchschnittliche Kosten pro Aus- wertungsjahr (Kosten/Zahl der Auswertungsjahre – ohne Beitritts- halbjahr)
1. Halbjahr						
2. Halbjahr					...	
3. Halbjahr				...		
4. Halbjahr			...			
5. Halbjahr		...				
:	:					:

Beispiel: Ein Programm wird zum 1. Februar des Jahres 2004 zugelassen. Ein Patient bzw. eine Patientin schreibt sich am 10. Mai 2004 in das Programm ein.

Der Patient bzw. die Patientin ist somit der ersten Kohorte (1. Halbjahr 2004) zuzuordnen, weil er/sie sich im Halbjahr des Programmbeginns eingeschrieben hat. Die Kosten des ersten, unvollständigen Beitrittsjahres (10. Mai bis 30. Juni) werden der ersten Spalte zugeordnet. Die Kosten des zweiten Halbjahres der Teilnahme (1. Juli bis 31. Dezember) sind als erstes vollständiges Halbjahr der zweiten Spalte zuzuordnen usw.

Zuordnung der Kosten

Für die Zuordnung der Kosten zu einem Halbjahreszeitraum ist der Beginn der Maßnahme, der die Kosten zuzurechnen sind, maßgeblich. So sind beispielsweise die Kosten für einen Krankenhausaufenthalt der Periode zuzuordnen, in welcher der Krankenhausaufenthalt begann. Abweichend hiervon ist für die Zuordnung der Heilmittelkosten der Abrechnungsmonat maßgeblich.

Verstorbene/ ausgeschiedene Patienten und Patientinnen

Die Anzahl der verstorbenen oder ausgeschiedenen Patienten und Patientinnen sowie die Kosten/Ereignisse verstorbener oder ausgeschiedener Patienten und Patientinnen im Quartal ihres Todes bzw. Ausscheidens fließen in die Auswertung ein.

Bei der Ermittlung des arithmetischen Mittels und der Standardabweichung werden verstorbene oder im ersten Quartal des Kalenderhalbjahres ausgeschiedene Patienten und Patientinnen mit

einer Gewichtung von 0,5 berücksichtigt. Bei der Erstellung von Histogrammen fließen die Daten aller teilnehmenden Patienten und Patientinnen (ohne Gewichtung) ein.

Evaluationsberichte

In den Evaluationsberichten sind nachfolgend aufgelistete Werte kohorten- und halbjahresspezifisch darzustellen.

Patienten- und Patientinnenzahlen

- Anzahl der Patienten und Patientinnen in der Stichprobe,
- Anzahl der davon im Halbjahr verstorbenen sowie ausgeschiedenen Patienten und Patientinnen,
- Anzahl der seit Auswertungsbeginn verstorbenen sowie ausgeschiedenen Patienten und Patientinnen.

Ausgaben nach Leistungsbereichen

Die Verteilung der Leistungsausgaben der Krankenkassen auf nachfolgend dargestellte Leistungsbereiche ist darzustellen:

- ambulante ärztliche Behandlung,
- Krankenhausbehandlung,
- Arzneimittel,
- Heilmittel,
- Hilfsmittel,
- Anschlussrehabilitation,
- Häusliche Krankenpflege,
- Krankengeld,
- Dialyse-Sachkosten (nicht bei der Indikation Brustkrebs)

Zusätzlich: Leistungsausgaben (der vorstehenden Bereiche) insgesamt

Die kohorten- und halbjahresspezifische Darstellung erfolgt durch die Angabe

- des arithmetischen Mittels der Kosten der berücksichtigten Patienten und Patientinnen
- mit 95 % CI,
- der Standardabweichung,

- der grafischen Darstellung der prozentualen Verteilung der jeweiligen Kohorte auf gebildete Klassen der „Leistungsausgaben insgesamt“ (k). Die Darstellung erfolgt in Form eines Histogramms, wobei auf der Abszisse in 500 EURO - Intervallen ($0 \leq k < 500$; $500 \leq k < 1000$; $1000 \leq k < 1500$; ...) die Klassen der „Leistungsausgaben insgesamt“ und auf der Ordinate die Kohortenbestandteile in Prozent aufzutragen sind. Für die aufgeschlüsselten Leistungsausgaben ist keine grafische Darstellung erforderlich.
- des im Zeitablauf kumulierten arithmetischen Mittels der „Leistungsausgaben insgesamt“ (beginnend mit dem Beitrittsjahr).

Zusätzlich sind die durchschnittlichen Kosten pro Auswertungsjahr für die vorstehend aufgeführten einzelnen Ausgabenbereiche und die Leistungsausgaben insgesamt auszuweisen (vgl. Tabellen-Standard). Auch die jahresspezifische Darstellung erfolgt durch die Angabe des arithmetischen Mittels mit 95 % CI und der Standardabweichung.

Sonstige Ausgaben

Darüber hinaus sind Verwaltungskosten und Kosten der Qualitätssicherung gesondert darzustellen. Verwaltungskosten und Kosten der Qualitätssicherung sind nicht kohortenspezifisch als Durchschnittskosten durch die programmdurchführenden Krankenkassen kalkulatorisch zu ermitteln.

Besonderheiten einzelner Ausgabenbereiche

Ärztliche Behandlung

Die Kosten der ambulanten ärztlichen Behandlung ergeben sich aus den in Euro abgerechneten Gebührenpositionen sowie dem Produkt aus der Summe der erbrachten Punkte und einem durchschnittlichen Punktwert (3,5 Cent).

Krankenhaus

Zusätzlich ist kohorten- und halbjahresspezifisch die Anzahl der Patienten und Patientinnen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im betrachteten Halbjahr anzugeben (absolut und Anteil in Prozent).

Ausgaben für Krankengeld (ohne „Kinderkrankengeld“)

Die anfallenden Ausgaben für Krankengeld sind darzustellen. Die kohorten- und halbjahresspezifische Darstellung erfolgt durch die Angabe

- der Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Krankengeldanspruch (absolut und Anteil in Prozent),
- des arithmetischen Mittels der Krankengeldausgaben pro Patient mit Krankengeldanspruch.

Der kohortenspezifische Anteil der Krankengeldberechtigten ist stichtagsbezogen zum 1. Januar eines jeden Kalenderjahres zu ermitteln. Die Angabe des Anteils der Krankengeldberechtigten bezieht sich auf alle Berechnungen für das Vorjahr.

Verwaltungskosten

Verwaltungskosten im engeren Sinne fallen ausschließlich bei den Krankenkassen an. Sie bestehen aus Personal- und Sachkosten inklusive Raumkosten für DMP.

Folgende Tätigkeiten stehen beispielsweise in Zusammenhang mit der Durchführung von DMP:

- Versand/Erstellung neuer Versichertenkarten,
- Erstellung von Dokumentationsvordrucken,
- Versendung von Einschreibeunterlagen,
- Maßnahmen zur Akquise von Patienten und Patientinnen.

Zu Verwaltungskosten im weiteren Sinne sind auch Ausgaben für

- Datenverarbeitung und –erfassung und
- Evaluation

zu zählen. Diese Aufgaben sind in erster Linie an Dritte vergeben.

Kosten der Qualitätssicherung

Zu den DMP-spezifischen Kosten der Qualitätssicherung zählen Kosten der arzt- und versichertenbezogenen Qualitätssicherung (Beratung und Betreuung, Versand und Erstellung von Remindern und Broschüren).

Kosten der versichertenbezogenen Qualitätssicherung fallen

- intern bei den Krankenkassen an und/oder
- durch die Beauftragung von Dritten (Dienstleistungsunternehmen).

Kosten der arztbezogenen Qualitätssicherung fallen in Abhängigkeit vom Datenflussmodell, das dem Programm zugrunde liegt, entweder

- direkt bei der Krankenkasse,
- in der gemeinsamen Einrichtung oder

- bei Dritten (z.B. Erstellung von Feedback-Berichten) an.

In den beiden letztgenannten Fällen dürften die Kosten im Regelfall direkt an die Krankenkassen übertragen bzw. von diesen übernommen werden. Falls nicht, ist nur der von den Krankenkassen zu tragende Teil im Rahmen der Evaluation zu berücksichtigen.

Grundsätze der kalkulatorischen Ermittlung und Darstellung der Qualitätssicherungs- und Verwaltungskosten

Eine kalkulatorische Ermittlung der

- DMP-spezifischen Verwaltungskosten und
- DMP-spezifischen Kosten der Qualitätssicherung

ist erforderlich, weil im Gegensatz zu den Leistungsausgaben eine DMP-spezifische Verbuchung der Verwaltungskosten bzw. Kosten der Qualitätssicherung bei den Krankenkassen i.d.R. nicht erfolgt.

Der Betrachtungszeitraum ist das Kalenderjahr. Dies entspricht der Systematik der veröffentlichten Evaluationskriterien (Kalenderbezug).

Anzustrebende Zielgröße sind die Kosten je Versichertenjahr. Eine Differenzierung der Kosten nach Patienten- und Patientinnengruppen (Kohorten) ist nicht erforderlich. Zur Ermittlung der durchschnittlichen Kosten sind die Gesamtkosten eines Jahres durch die Anzahl der während des Jahres eingeschriebenen Versicherten zu dividieren. Versicherte, die nicht während des gesamten Jahres eingeschrieben waren, gehen anteilig in die Berechnung ein (Kosten eines Jahres / Versichertenjahre). Die Berechnung umfasst alle eingeschriebenen Versicherten (keine Stichprobe).

Beispiel:	120.000 € Verwaltungskosten	270.000 € Qualitätssicherungskosten
	/ 2000 Versichertenjahre	/ 2000 Versichertenjahre
	= 60 €/Versichertenjahr	= 135 €/Versichertenjahr

Insgesamt: 195 €/Versichertenjahr

Die speziell für Verwaltung und Qualitätssicherung im Rahmen von DMP anfallenden Kosten sind im Rahmen einer internen Kalkulation der „Kostenstelle DMP“ zuzuordnen.

Bei ausschließlich durch das DMP verursachten Kosten (Kosten, die der Kostenstelle DMP zugerechnet werden können bzw. die ohne diese nicht existieren würden) ist die Zuordnung eindeutig möglich. Darunter fallen z.B.:

- Jährliche Ausgaben für ein Dienstleistungsunternehmen, das speziell für DMP- Betreuung eingeschaltet wurde.
- Jährliche Ausgaben für die Beauftragung einer DMP-Datenstelle.
- Personalkosten für eine speziell eingerichtete Organisationseinheit bzw. speziell eingestellte Mitarbeiter in der Krankenkasse (DMP-Projektgruppe; DMP-Referat).

Bei anderen Kosten (im Sinne von Gemeinkosten, die für eine Mehrheit von Objekten bzw. Kostenstellen anfallen) muss über eine plausible Schlüsselung auf die „Kostenstelle DMP“ die Zuordnung der Kosten erfolgen. Darunter fallen insbesondere Personalkosten (inkl. Sachkosten) einer Krankenkasse, wenn Mitarbeiter für mehrere Bereiche (also andere Kostenstellen) tätig sind.

Geeigneter Schlüssel ist in diesen Fällen der Zeitaufwand für die DMP-Durchführung. Durch Multiplikation mit Personalkostensätzen ergeben sich die dem DMP zuzuordnenden Kosten. Methoden der Zeitermittlung können sein:

- Zeiterfassung der Mitarbeiter,
- Zeiterfassung einer Stichprobe von Mitarbeitern (z.B. in repräsentativer Geschäftsstelle),
- Befragung der Mitarbeiter (Selbsteinschätzung),
- Befragung einer Stichprobe von Mitarbeitern (z.B. in repräsentativer Geschäftsstelle).

Bei den Personalkosten sind die Bruttolohnkosten zzgl. Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung zu berücksichtigen. Auch im Hinblick auf die Tarifstruktur der eingesetzten Mitarbeiter kann eine Stichprobe gezogen werden (z.B. in repräsentativer Geschäftsstelle). Ggf. ist die Ermittlung von Durchschnittswerten aus der Stichprobe hilfreich.

Zusätzlich sind Zuschläge für Sachkosten zu berücksichtigen. Sachkostenzuschläge können kassenindividuell ermittelt werden. Hilfsweise kann auf die Sachkostenpauschale eines Arbeitsplatzes in der Bundesverwaltung für Kostenberechnungen/Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen (auch im Internetauftritt des Bundesministeriums der Finanzen unter www.bmf.bund.de zu finden) zurückgegriffen werden.

Beispiel:

Eine Krankenkasse hat 20.000 DMP-Patienten und Patientinnen. Eine repräsentative Geschäftsstelle einer Krankenkasse betreut 200 DMP-Patienten und Patientinnen. Es ergeben sich n Versichertenjahre. Eingesetzt werden (auf Grund einer Befragung in der repräsentativen Geschäftsstelle ermittelt)

- X Vollzeitstellen der Vergütungsstufe A,
- Y Vollzeitstellen der Vergütungsstufe B,
- Z Vollzeitstellen der Vergütungsstufe C.

Die Gesamtkosten zuzüglich Sachkostenzuschläge belaufen sich auf die Summe K. K dividiert durch n ergibt die durchschnittlichen Kosten. Dieser Kostensatz wird auch für die restlichen 20.000 DMP-Versicherten der Krankenkasse veranschlagt.

Um eine höhere Repräsentativität der Stichprobe zu gewährleisten, können auch zwei oder mehr Geschäftsstellen in die Stichprobe aufgenommen werden.

Mitteilungspflicht

Die genaue Methode der Verwaltungskostenermittlung muss nicht in den Berichten dargestellt werden. Die angewandten Methoden der Verwaltungskostenermittlung (Ermittlung der Zeiten, angesetzte Werte, Stichprobenauswahl etc.) sind dem BVA jedoch auf Anfrage mitzuteilen.

Kosten-Wirksamkeits- und Kosten-Nutzwert-Analyse

Auf der Grundlage der Daten des Evaluationsberichtes wird das BVA überprüfen, ob zwischen den Kosten, dem medizinischen Outcome und den Ergebnissen der Lebensqualitätserhebung ein Zusammenhang besteht. Für die in einem ersten Schritt durchzuführende Kosten-Wirksamkeits-Analyse wird das BVA verschiedene Outcomegrößen vorgeben. Die Werte der einzelnen strukturierten Behandlungsprogramme sind von den Evaluatoren elektronisch zu übermitteln. Unter Beteiligung des wissenschaftlichen Beirates wird im Anschluss die Eignung der verschiedenen Outcomegrößen bewertet und ein Analyseverfahren entwickelt. Nach Festlegung einer methodische Vorgehensweise, die gesundheitsökonomischen Qualitätsstandards genügt, ist in den Fachkonferenzen abzustimmen, ob die Durchführung der gesundheitsökonomischen Analyse durch das BVA selbst erfolgen kann oder ob eine Unterstützung durch die Evaluatoren erforderlich ist. Dabei wird ausschließlich auf die nach diesen Kriterien erhobenen Daten zurückgegriffen. Eine zusätzliche Datenerhebung ist nicht erforderlich.

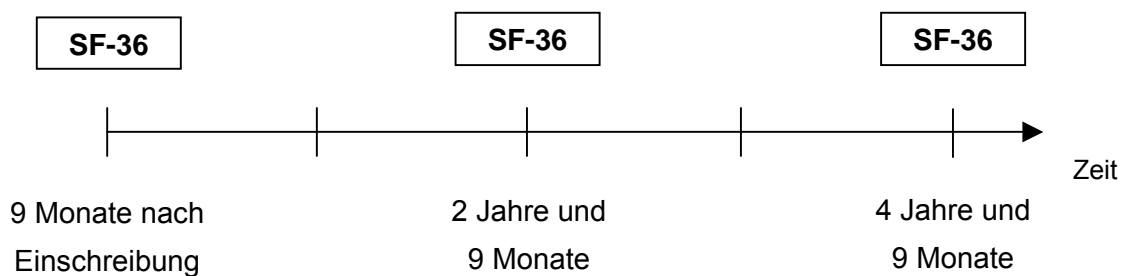
Eine Einbeziehung der Ergebnisse der Lebensqualitätsbefragung in die gesundheitsökonomische Analyse erfolgt, wenn die zweite Befragung zur Lebensqualität durchgeführt wurde und die Ergebnisse dazu vorliegen.

Kapitel 4: Evaluation der Veränderungen der subjektiven Lebensqualität

Zur Erhebung der subjektiven Lebensqualität der Patienten und Patientinnen ist der international standardisierte Fragebogen SF-36 (Fragebogen zum Gesundheitszustand) in der deutschsprachigen Übersetzung gemäß der Handanweisung von Bullinger und Kirchberger („SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand“) in der Version 1.0 einzusetzen. Dieser Handanweisung ist bei der Durchführung der Befragung und Auswertung des Fragebogens zu folgen.

Die Erhebung erfolgt alle zwei Jahre, erstmals ein dreiviertel Jahr (mögliches Intervall: 9 bis 12 Monate) nach Einschreibung in das Programm.

Zeitschema zur Anwendung des SF-36



Im Rahmen der Programme zu den Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und Asthma werden die Kinder und Jugendlichen (Alter <18) zur Lebensqualität derzeit nicht befragt.

Darstellungsweise

Auswertung der Kohorten

Im Hinblick auf die Veränderung der subjektiven Lebensqualität ergibt sich folgender Tabellen-Standard für die Auswertung einzelner Zielwerte bzw. Kohorten-Charakteristika; mit Verlängerung bzw. Fortlaufen eines Programms wird der Tabellen-Standard vergrößert:

Eintritts- Zeitpunkt (be- ginnend mit Halbjahr des Programm- beginns)	Ergebnisse der ersten Befragung 9 Monate nach Einschreibung	Ergebnisse der Be- fragung nach 2 Jahren und 9 Mo- naten Programmteil- nahme	Ergebnisse der Be- fragung nach 4 Jahren und 9 Mo- naten Programmteil- nahme	...
1. Halbjahr				...
2. Halbjahr				...
3. Halbjahr		...		
4. Halbjahr		...		
5. Halbjahr		...		
:	:			

Evaluationsbericht

Die Ergebnisse der Erhebung der Veränderungen der subjektiven Lebensqualität der Patienten und Patientinnen sind im Evaluationsbericht darzustellen.

Rücklaufquote

Für jede Kohorte und jeden Erhebungszeitpunkt sind anzugeben:

- Anzahl der versandten Fragebögen,
- Anzahl der zurückgesandten Fragebögen und Rücklaufquote (in % der versandten Fragebögen),
- Anzahl der zurückgesandten Fragebögen, die vollständig ausgefüllt wurden (d.h. alle Fragen wurden beantwortet) (absolut und in % der versandten Fragebögen).

Auswertung des SF-36

Bei der Auswertung der SF-36-Fragebögen sind für die acht Skalen „Körperliche Funktionsfähigkeit“, „Körperliche Rollenfunktion“, „Körperliche Schmerzen“, „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“, „Vitalität“, „Soziale Funktionsfähigkeit“, „Emotionale Rollenfunktion“, „Psychisches Wohlbefinden“ sowie das Item „Veränderung der Gesundheit“ folgende Angaben darzustellen:

- Anzahl der Fragebögen, die eine Bildung der jeweiligen Skala und eine Auswertung des Items „Veränderung der Gesundheit“ ermöglichen sowie jeweils die Prozentquoten bezogen auf die versandten und die rückgesandten Fragebögen.

- Arithmetische Mittelwerte der transformierten Skalenwerte, 95 % CI; Standardabweichung; kleinster Wert, größter Wert; z-Werte.
- Für das Item „Veränderung der Gesundheit“ Verteilung auf die verschiedenen Kategorien.

Ferner sind jeweils die körperliche und die psychische Summenskala zu berechnen. Folgende Werte sind darzustellen:

- Anzahl der Fragebögen, die eine Bildung der jeweiligen Skala ermöglichten, sowie jeweils Prozentquoten bezogen auf die versandten und die rückgesandten Fragebögen;
- Arithmetische Mittelwerte der transformierten Skalenwerte, 95 % CI, Standardabweichung; kleinster Wert, größter Wert.

Zur gesundheitsökonomischen Analyse wird das Profil des SF 36 zum Indexwert SF 6-D zusammengefasst. Der Berechnungsalgorithmus ist mit dem BVA abzustimmen.

Kapitel 5: Anforderungen an die vergleichenden, risikoadjustierten Programmauswertungen

Um einen Vergleich der programmspezifischen Auswertungen zu gewährleisten, müssen unterschiedliche Ausgangsbedingungen der Programme (Risikoprofile der teilnehmenden Versicherten bei Einschreibung) berücksichtigt werden. Außerdem sind Zufallsfehler zu berücksichtigen. Je kleiner die Stichproben in den Kohorten bzw. die Kohorten selber sind und je heterogener die Patienten- und Patientinnenstruktur in einem DMP ist, um so eher sind im Vergleich der DMP Unterschiede festzustellen, die auf Zufallseffekte zurückzuführen sind.

Für einen Vergleich der Programme sind von den Evaluatoren mehrere Anforderungen zu beachten.

Ausgleich von Zufallseffekten und Risikoadjustierung

Die Risikoadjustierung ist auf der Basis umfassender ökonomischer und medizinischer Daten für relevante Einflussfaktoren durchzuführen (multivariable Regressionsanalyse). Bei zwei Evaluatoren muss ein Datenpoolingverfahren zur Anwendung kommen.

In der Auswertung sollen für eine methodisch angemessene Effektschätzung und zum Ausgleich der o.g. Zufallseffekte hierarchische Modelle angewendet werden (Mehrebenenmodelle).

In den indikationsspezifischen Kapiteln (außer Brustkrebs) werden die spezifischen Anforderungen an die durchzuführenden Regressionsanalysen benannt bzw. benannt werden (u.a. Zielgrößen und erklärende Variablen).

Für die Zielgrößen „Verwaltungs- und Qualitätssicherungskosten“ und Lebensqualität“ werden keine Regressionsanalysen durchgeführt.

Ist ein Parameter sowohl als abhängige als auch als unabhängige Variable definiert und geht der Parameter als Zielgröße in die Analyse ein, so wird er nicht zusätzlich als unabhängige Variable berücksichtigt. Beispielsweise ist bei der Indikation Diabetes mellitus Typ 2 die Analyse der Patienten und Patientinnen mit Hypertonus bei Einschreibung die unabhängige Variable „Hypertonus bei Einschreibung“ entbehrlich.

Die Modellbildung wird für verschiedene Zielgrößen durchgeführt, die sich hinsichtlich des Skalenniveaus unterscheiden. Je nach Skalenniveau werden unterschiedliche Verfahren angewendet. Im Falle intervallskalierter Zielgrößen werden lineare Modelle, im Falle binärer Zielgrößen Logit-Modelle und im Falle von Ereigniszeiten (time-to-event-Analysen) Cox-Proportional-Hazards-Modelle angewendet. Die Daten sind für Ereigniszeitanalysen zunächst in geeigneter Weise zu aggregieren. Für die Endpunkte ist nur das erste Ereignis im Beobachtungszeitraum zu analysieren.

Die Ergebnisse der Regressionsanalysen verwenden die Evaluatoren für die Berechnung risikoadjustierter Werte zu den einzelnen Zielgrößen (Modellanwendung). Eine einheitliche Berechnung der zufalls- und risikoadjustierten Werte muss sichergestellt sein. Im Ergebnis werden die Werte in den Abschlussberichten dargestellt. Folgende Werte für die ausgewählten medizinischen und ökonomischen Zielgrößen sind auf die jeweilige Krankenkasse bezogen darzustellen:

- Risikoadjustierter Mittelwert
- Fallbasis,
- Mittel der beobachteten Werte mit 95 % CI und Standardfehler,
- Mittel der erwarteten Werte mit 95 % CI und Standardfehler.

Fachkonferenzen

In Fachkonferenzen werden die von den Evaluatoren zu verwendenden Methodiken aufeinander abgestimmt und die Details zu den Testläufen mit dem Ziel der Validierung der angewandten Programme vereinbart. Zu diesem Zweck ist die der Risikoadjustierung zugrundeliegende Methodik (eingesetzte Software, statistische Verfahren, Rechenregeln) in einem Modellbildungsbericht gegenüber dem BVA zu dokumentieren. Die Modellbildung für die Risikoadjustierung zentraler Zielgrößen kann bei zwei oder mehreren Evaluatoren unabhängig bei jedem Evaluator erfolgen. Alternativ kann die Modellbildung auch durch einen Evaluator erfolgen.

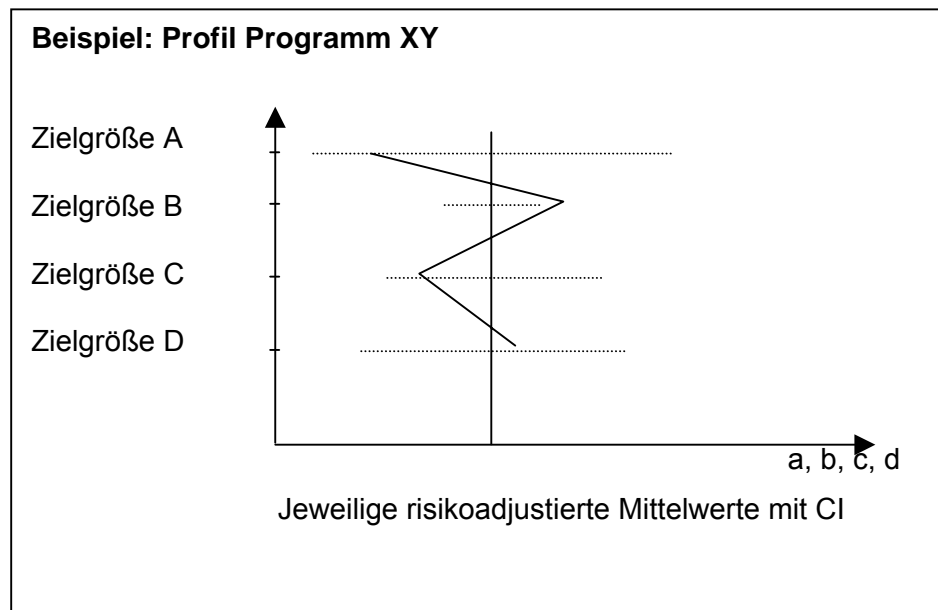
Das BVA legt unter Beteiligung des wissenschaftlichen Beirates den Umfang und die Häufigkeit der Modellrechnungen zur Risikoadjustierung im Benehmen mit den Evaluatoren und den für die einzelnen Krankenkassenarten zuständigen Koordinatoren zu einem späteren Zeitpunkt fest.

Übermittlung von risikoadjustierten Werten an das BVA

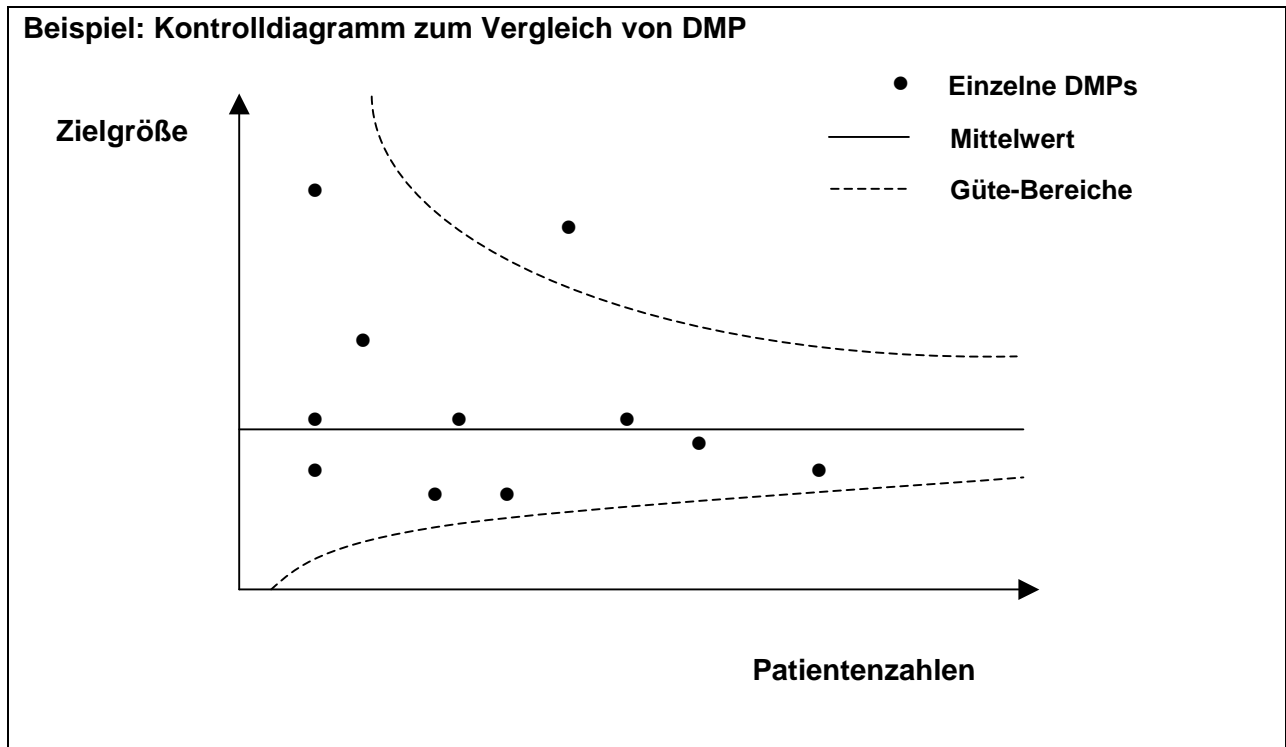
Nach erfolgter Risikoadjustierung sind die risikoadjustierten Werte gemeinsam mit den unadjustierten Werten an das BVA zu übermitteln.

Ausgewählte Zielgrößen der Evaluation sind in den risikoadjustierten Berichtsteilen in gruppierter Form zu übermitteln (z.B. Zusammenfassung einzelner Ausgabenbereiche, Zusammenfassung medizinischer Endpunkte und Zusammenfassung von Kohorten). Die zu übermittelnden Zielgrößen, deren Gruppierung, Normierung und Übermittlungsform (Mittelwerte zuzüglich Konfidenzintervalle/ Güte-Bereiche) sowie die Form der Übermittlung elektronisch verwertbarer Daten an das BVA werden in den Fachkonferenzen erörtert.

Das BVA verwendet die Werte zum Vergleich der Evaluationsergebnisse. Auf deren Basis ist die Erstellung programmspezifischer grafischer Profile vorgesehen, die Zielgrößen und Güte-Bereiche enthalten. Das Risikoprofil hat grundsätzlich folgenden Aufbau:



Zusätzlich werden ausgewählte medizinische und ökonomische Zielgrößen (z.B. HbA1c, Leistungsausgaben insgesamt) in sogenannten Kontrolldiagrammen dargestellt. Auch hier sind Güte-Bereiche vorgesehen.



Die Festlegung von Güte-Bereichen, bei deren Über- oder Unterschreitung Evaluationsergebnisse als auffällig – sei es im negativen oder positiven Sinn – eingeschätzt werden, kann nicht ausschließlich durch die Wahl einer bestimmten statistischen Methodik erfolgen. Statistische Verfahren können aber wichtige Informationen zur Verteilung der Ergebnisse liefern. Zur Anwendung kommen können z.B. Perzentile, Standardabweichungen, Konfidenzintervalle oder studentisierte Statistiken. Beispielsweise wird beim HbA1c-Wert zu berücksichtigen sein, ob außerhalb eines bestimmten Perzentilbereichs oder Konfidenzintervalls liegende Werte aus medizinisch-klinischer Sicht noch unauffällig sind. Hierzu können auch Ergebnisse epidemiologischer Studien und Werte aus evidenzbasierten Leitlinien zur Orientierung genutzt werden. Die endgültige Festlegung der Güte-Bereiche ist anhand entsprechender Betrachtungen zu einem späteren Zeitpunkt vom BVA im Benehmen mit den Koordinatoren der Krankenkassen festzulegen und im Laufe der Zeit ggf. anzupassen.

In den Fachkonferenzen ist abzustimmen, ob die für eine zentrale Erstellung der Risikoprofile und Kontrolldiagramme erforderlichen Daten der Evaluatoren zusammengeführt werden können. Falls nicht, hat jeder Evaluator kassenbezogene Risikoprofile und Kontrolldiagramme so-

wie zusätzlich übergreifende Werte (z.B. Gesamtmittelwerte) zu übermitteln. Das Format der Übermittlung ist abzustimmen.

Alternativ können die Evaluatoren dem BVA die erforderlichen Daten sowie ggf. Tools zur Erstellung der o.g. Grafiken inklusive einer Verfahrensbeschreibung liefern. Durch Probeläufe mit Testdaten muss in diesem Fall durch die Evaluatoren belegt werden, dass die zentrale Grafikerstellung im BVA sachgerecht erfolgen kann.

Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2

Bei den Indikationen **Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2** ist für folgende Zielgrößen im Rahmen der Risikoadjustierung eine Regressionsanalyse durchzuführen:

- Primärer Endpunkt
(pro Patient wird nur ein Ereignis berücksichtigt, Bezug: alle Patienten und Patientinnen, die laut ED noch keinen primären Endpunkt hatten),
- Sekundärer Endpunkt
(pro Patient und Patientin wird nur ein Ereignis berücksichtigt, Bezug: alle Patienten und Patientinnen, die laut ED noch keinen sekundären Endpunkt hatten),
- Tod
(Bezug: alle Patienten und Patientinnen),
- Herzinfarkt:
Anteil der Patienten und Patientinnen, bei denen in mindestens einem Halbjahr (laut FD) ein neuer Herzinfarkt diagnostiziert wurde (Bezug: alle Patienten und Patientinnen, die laut ED noch keinen Herzinfarkt hatten),
- Schlaganfall:
Anteil der Patienten und Patientinnen, bei denen in mindestens einem Halbjahr (laut FD) ein neuer Schlaganfall diagnostiziert wurde (Bezug: alle Patienten und Patientinnen, die laut ED noch keinen Schlaganfall hatten),
- Nierenersatztherapie:
Anteil der Patienten und Patientinnen, bei denen in mindestens einem Halbjahr (laut FD) eine neue Nierenersatztherapie dokumentiert wurde (Bezug: alle Patienten und Patientinnen, die laut ED noch keine Nierenersatztherapie hatten),
- Amputation:
Anteil der Patienten und Patientinnen, bei denen in mindestens einem Halbjahr (laut FD) ei-

ne neue Amputation dokumentiert wurde (Bezug: alle Patienten und Patientinnen, die laut ED noch nicht amputiert waren),

- **Erbblindung:**
Anteil der Patienten und Patientinnen, bei denen in mindestens einem Halbjahr (laut FD) eine neue Erblindung diagnostiziert wurde (Bezug: alle Patienten und Patientinnen, die laut ED noch nicht erblindet waren),
- **Osteoarthropathie:**
Anteil der Patienten und Patientinnen, bei denen in mindestens einem Halbjahr (laut FD) eine neue Osteoarthropathie diagnostiziert wurde (Bezug: alle Patienten und Patientinnen, die laut ED noch keine Osteoarthropathie hatten),
- **Auffälliger Fußstatus:**
Anteil der Patienten und Patientinnen, bei denen in mindestens einem Halbjahr (laut FD) ein neuer auffälliger Fußstatus (Stadium 2 bis Stadium 5 nach Wagner ODER [C ODER D nach Armstrong]) diagnostiziert wurde (Bezug: alle Patienten und Patientinnen, die laut ED noch keine auffälligen Fußstatus hatten, d.h. alle Patienten und Patientinnen mit Stadium 0 bis 1 nach Wagner UND [A ODER B nach Armstrong] laut ED),
- **Nephropathie:**
Anteil der Patienten und Patientinnen, bei denen in mindestens einem Halbjahr eine neue Nephropathie (laut FD) diagnostiziert wurde (Bezug: alle Patienten und Patientinnen, die laut ED noch keine Nephropathie hatten),
- **Diabetische Retinopathie (bei Diabetes mellitus Typ 2):**
Anteil der Patienten und Patientinnen, bei denen in mindestens einem Halbjahr eine neue diabetische Retinopathie (laut FD) diagnostiziert wurde (Bezug: alle Patienten und Patientinnen, die laut ED noch keine diabetische Retinopathie hatten),
- **Proliferative Retinopathie (bei Diabetes mellitus Typ 1):**
Anteil der Patienten und Patientinnen, bei denen in mindestens einem Halbjahr eine neue proliferative Retinopathie (laut FD) diagnostiziert wurde (Bezug: alle Patienten und Patientinnen, die laut ED noch keine proliferative Retinopathie hatten),
- **Hypertoniker (bei Diabetes mellitus Typ 2):**
Bei jedem Patienten und jeder Patientin wird zunächst der Anteil der Halbjahre (laut FD) mit bestehender Hypertonie (systolischer Blutdruck ≥ 140 mm Hg ODER diastolischer Blutdruck ≥ 90 mm Hg) über alle Halbjahre ermittelt. Danach wird über alle Patienten und Patientinnen das arithmetische Mittel dieser Halbjahresanteile gebildet (Bezug: Patienten und Patientinnen, die laut ED Hypertoniker waren [anamnestisch ODER {systolischer Blutdruck ≥ 140 mm Hg ODER diastolischer Blutdruck ≥ 90 mm Hg}]),
- **Hypertoniker (bei Diabetes mellitus Typ 1):**
Bei jedem Patienten und jeder Patientin wird zunächst der Anteil der Halbjahre (laut FD) mit

bestehender Hypertonie (Überschreitung der altersentsprechenden Blutdruckgrenzwerte entsprechend den Vorgaben zu den Evaluationsberichten zur Indikation Diabetes mellitus Typ 1) über alle Halbjahre ermittelt. Danach wird über alle Patienten und Patientinnen das arithmetische Mittel dieser Halbjahresanteile gebildet (Bezug: Patienten und Patientinnen, die laut ED Hypertoniker waren [anamnestisch ODER aufgrund der Überschreitung der altersentsprechenden Blutdruckgrenzwerte entsprechend den Vorgaben zu den Evaluationsberichten zur Indikation Diabetes mellitus Typ 1]),

- Diabeteschulungen:

a) Anteil der Patienten und Patientinnen, bei denen entsprechend den Vorgaben zu den Evaluationsberichten zur Indikation Diabetes mellitus Typ 1 bzw. Typ 2 in mindestens einem Halbjahr eine fehlende Mitwirkung (Non-Compliance) an veranlassten Schulungen festgestellt wurde. (Bezug: alle Patienten und Patientinnen, denen eine Schulung empfohlen wurde),

b) Anteil der Patienten und Patientinnen, bei denen in mindestens einer Folgedokumentation aller Halbjahre die Durchführung einer Schulung dokumentiert ist (vor 9. RSA-ÄndV: „durchgeführt“; nach 9. RSA-ÄndV: „ja“; Bezug: alle Patienten und Patientinnen),

- Hypertonieschulungen:

a) Anteil der Patienten und Patientinnen, bei denen entsprechend den Vorgaben zu den Evaluationsberichten zur Indikation Diabetes mellitus Typ 1 bzw. Typ 2 in mindestens einem Halbjahr eine fehlende Mitwirkung (Non-Compliance) an veranlassten Schulungen festgestellt wurde (Bezug: alle Patienten und Patientinnen, denen eine Schulung empfohlen wurde).

b) Anteil der Patienten und Patientinnen, bei denen in mindestens einer Folgedokumentation die Durchführung einer Schulung dokumentiert ist (vor 9. RSA-ÄndV: „durchgeführt“; nach 9. RSA-ÄndV: „ja“);

(Bezug a) und b): Diabetes mellitus Typ 2: Patienten und Patientinnen, die laut ED Hypertoniker waren [anamnestisch ODER {systolischer Blutdruck \geq 140 mm Hg ODER diastolischer Blutdruck \geq 90 mm Hg}]; Diabetes mellitus Typ 1: Patienten und Patientinnen, die laut ED Hypertoniker waren [anamnestisch ODER aufgrund der Überschreitung der altersentsprechenden Blutdruckgrenzwerte entsprechend den Vorgaben zu den Evaluationsberichten zur Indikation Diabetes mellitus Typ 1]),

- Ophthalmologische Netzhautuntersuchung:

Bei jedem Patienten und jeder Patientin wird zunächst der Anteil der Jahre ermittelt, in denen mindestens eine Untersuchung erfolgte (beginnend mit dem auf das Halbjahr der ED folgenden Jahr). Danach wird für alle Patienten und Patientinnen das arithmetische Mittel dieser Jahresanteile gebildet (Bezug: alle Patienten und Patientinnen, die in beiden der jeweils betrachteten zwei Halbjahre Teilnehmer waren),

- HbA1c:
 - a) Zunächst ist pro Patient und Patientin ein arithmetischer Mittelwert der Messwerte aller Halbjahre zu ermitteln. Danach wird für alle Patienten und Patientinnen das arithmetische Mittel dieser Mittelwerte gebildet. (Bezug: alle Patienten und Patientinnen),
 - b) Bei jedem Patienten und jeder Patientin wird zunächst der Anteil der Halbjahre (laut FD) ermittelt, in denen der HbA1c-Wert über 7,5 % lag. Danach wird für alle Patienten und Patientinnen das arithmetische Mittel dieser Halbjahresanteile gebildet (Bezug: alle Patienten und Patientinnen),
- Serumkreatininwert:

Bei jedem Patienten und jeder Patientin wird zunächst der Anteil der Halbjahre (laut FD) ermittelt, in denen das Serumkreatinin bei über 1,4 mg/dl lag. Danach wird für alle Patienten und Patientinnen das arithmetische Mittel dieser Halbjahresanteile gebildet (Bezug: alle Patienten und Patientinnen),
- BMI:
 - a) Zunächst ist pro Patient und Patientin ein arithmetischer Mittelwert der Messwerte (laut FD) aller Halbjahre zu ermitteln. Danach wird für alle Patienten und Patientinnen das arithmetische Mittel dieser Mittelwerte gebildet (Bezug: alle Patienten und Patientinnen, die laut ED ein Alter ≥ 18 Jahre hatten),
 - b) Bei jedem Patienten und jeder Patientin wird zunächst der Anteil der Halbjahre (laut FD) ermittelt, in denen die BMG-Kategorie „stark adipös“ vorlag (Erwachsene BMI ≥ 30 ; Kinder siehe BMI-Wert-Tabelle zu den Evaluationskriterien Diabetes mellitus Typ 1). Danach wird für alle Patienten und Patientinnen das arithmetische Mittel dieser Halbjahresanteile gebildet (Bezug: alle Patienten und Patientinnen),
- Raucher:
 - a) Bei jedem Patienten und jeder Patientin wird zunächst der Anteil der Halbjahre (laut FD) ermittelt, in denen der jeweilige Patient und Patientin den Status „Raucher“ hatte. Danach wird für alle Patienten und Patientinnen das arithmetische Mittel dieser Halbjahresanteile gebildet (Bezüge: a1) alle Patienten und Patientinnen, a2) alle Patienten und Patientinnen, die laut ED Raucher waren),
 - b) Der Anteil der Patienten und Patientinnen, die während der gesamten Teilnahme (laut FD) mindestens einmal den Status „Raucher“ hatten (d.h. der Anteil der Halbjahre, in denen der jeweilige Patient und Patientin den Status „Raucher“ hatte, ist bei diesen Patienten und Patientinnen > 0 ; Bezug: alle Patienten und Patientinnen, die laut ED Raucher waren),
- Nichtraucher:
 - a) Bei jedem Patienten und Patientin wird zunächst der Anteil der Halbjahre (laut FD) ermittelt, in denen der jeweilige Patient und Patientin den Status „Nichtraucher“ hatte. Danach wird für alle Patienten und Patientinnen das arithmetische Mittel dieser Halbjahresanteile

gebildet (Bezüge: a1) alle Patienten und Patientinnen, a2) alle Patienten und Patientinnen, die laut ED Nichtraucher waren),

b) Der Anteil der Patienten und Patientinnen, die während der gesamten Teilnahme (laut FD) den Status „Nichtraucher“ hatten (entspricht 100 % der Halbjahresanteile dieser Patienten und Patientinnen; Bezug: alle Patienten und Patientinnen, die laut ED Nichtraucher waren),

- Endpunktfreiheit:
Anteil der Patienten und Patientinnen, die zu Beginn der DMP-Teilnahme noch keinen primären Endpunkt, aber mindestens einen sekundären Endpunkt hatten und die im Verlauf der DMP-Teilnahme ihren Status „ohne primäre Endpunkte“ behalten haben,
- Kosten Ärztliche Behandlung und Häusliche Krankenpflege:
Arithmetisches Mittel der Kosten der berücksichtigten Patienten und Patientinnen (Zunächst ist pro Patient und Patientin ein arithmetischer Mittelwert der Messwerte über alle Halbjahre zu ermitteln. Danach wird über alle Patienten und Patientinnen das arithmetische Mittel dieser Mittelwerte gebildet. Bezug: alle Patienten und Patientinnen der Stichprobe),
- Kosten Krankenhausbehandlung und Anschlussrehabilitation:
Arithmetisches Mittel der Kosten der berücksichtigten Patienten und Patientinnen (Zunächst ist pro Patient und Patientin ein arithmetischer Mittelwert der Messwerte über alle Halbjahre zu ermitteln. Danach wird über alle Patienten und Patientinnen das arithmetische Mittel dieser Mittelwerte gebildet. Bezug: alle Patienten und Patientinnen der Stichprobe),
- Kosten Arzneimittel:
Arithmetisches Mittel der Kosten der berücksichtigten Patienten (Zunächst ist pro Patient und Patientin ein arithmetischer Mittelwert der Messwerte über alle Halbjahre zu ermitteln. Danach wird über alle Patienten und Patientinnen das arithmetische Mittel dieser Mittelwerte gebildet. Bezug: alle Patienten und Patientinnen der Stichprobe),
- Kosten Heil-, Hilfsmittel und Dialyse:
Arithmetisches Mittel der Kosten der berücksichtigten Patienten und Patientinnen (Zunächst ist pro Patient und Patientin ein arithmetischer Mittelwert der Messwerte über alle Halbjahre zu ermitteln. Danach wird über alle Patienten und Patientinnen das arithmetische Mittel dieser Mittelwerte gebildet. Bezug: alle Patienten und Patientinnen der Stichprobe),
- Kosten Krankengeld:
Arithmetisches Mittel der Kosten der berücksichtigten Patienten und Patientinnen (Zunächst ist pro Patient und Patientin ein arithmetischer Mittelwert der Messwerte über alle Halbjahre zu ermitteln. Danach wird über alle Patienten und Patientinnen das arithmetische Mittel dieser Mittelwerte gebildet. Bezug: alle Patienten und Patientinnen der Stichprobe),
- Leistungsausgaben insgesamt:
Arithmetisches Mittel über alle Kosten der berücksichtigten Patienten und Patientinnen (Zunächst ist pro Patient und Patientin ein arithmetischer Mittelwert der Messwerte über alle

Halbjahre zu ermitteln. Danach wird über alle Patienten und Patientinnen das arithmetische Mittel dieser Mittelwerte gebildet. Bezug: alle Patienten und Patientinnen der Stichprobe).

Die Zielgröße bei den Regressionsanalysen ist immer der beobachtete Wert (bei linearen Modellen) bzw. der beobachtete Ereigniswert (bei binären Modellen) pro Halbjahr bzw. pro Jahr. Anteile sind als Prozentzahlen anzugeben. Für die Berechnungen sind grundsätzlich alle Messungen zu berücksichtigen, d.h. ab dem Beitrittsjahr. Zielvariablen sind nicht gleichzeitig als Kontrollvariablen zu modellieren; entsprechend verändert sich der unten genannte Kovariaten-satz je nach Zielvariable. Liegen für einen Patienten und / oder eine Patientin mehrere Dokumentationen für ein Halbjahr vor, sind die in den Evaluationskriterien angegebenen und/ oder Rechenregeln abgestimmten Regeln anzuwenden. Vergleichbares gilt für die Definitionen zu Halbjahren bei binären Modellen.

Als einheitlicher Variablensatz (unabhängige Variablen) für die Modellierung aller Zielgrößen sind bei Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 vorzusehen:

- Alter
 - Diabetes mellitus Typ 1:
Alterskategorien (t): $t < 6$; $6 \leq t < 12$; $12 \leq t < 18$; $18 \leq t < 30$; $30 \leq t < 45$; $45 \leq t < 70$; $t \geq 70$,
 - Diabetes mellitus Typ 2:
Alterskategorien (t): $t < 50$, $50 \leq t < 60$, $60 \leq t < 70$, $70 \leq t < 80$, $t \geq 80$,
- Geschlecht,
- Kohortenzugehörigkeit,
- Kalenderhalbjahr,
- Interaktionsterme „Kohortenzugehörigkeit mal Kalenderhalbjahr“
- Raucherstatus bei Einschreibung,
- Befunde bei Einschreibung:
 - BMI (Intervalle (t): $t < 25$; $25 \leq t < 30$; $t \geq 30$; $t = \text{missing value}$),
 - Auffälliger Fußstatus (Stadium 2 bis Stadium 5 nach Wagner ODER [C ODER D nach Armstrong]),
 - HbA1c (Intervalle (t): $t \leq 6$; $6 < t \leq 7,2$; $7,2 < t \leq 8$; $8 < t \leq 8,5$; $8,5 < t \leq 10$; $t > 10$; $t = \text{missing value}$),
- Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen bei Einschreibung:
 - Schlaganfall,
 - Blindheit,
 - Hypertonus (anamnestisch ODER [systolischer Blutdruck ≥ 140 mm Hg ODER diastolischer Blutdruck ≥ 90 mm Hg])
 - pAVK,

- Diabetische Neuropathie,
 - Fettstoffwechselstörung,
 - Nephropathie,
 - Amputation,
 - KHK,
 - Nierenersatztherapie,
 - Herzinfarkt,
 - Diabetische Retinopathie
- Krankengeldanspruch (nur bei Zielwert „Kosten Krankengeld“).

Da die Fettstoffwechselstörung, die KHK und die Nierenersatztherapie in den Dokumentationen vor der 9. RSA-ÄndV nicht dokumentiert worden waren, können die Modelle erst ab der Kohorte 2004-2 berechnet werden.

Koronare Herzkrankheit

Bei **Koronarer Herzkrankheit** ist für folgende Zielgrößen eine Regressionsanalyse durchzuführen:

- Progress- und Sterberate (Übergangsratenmodelle),
- Herzinfarkt,
- Akutes Koronarsyndrom (außer Herzinfarkt),
- Herzinsuffizienz,
- Percutane Intervention ODER Bypass ODER Koronartherapeutische Intervention (eDMP-Dokumentationsparameter-Ausprägung),
- Innerhalb eines Jahres: Wiederholte Revaskularisationen ODER wiederholte Koronartherapeutische Interventionen (eDMP-Dokumentationsparameter-Ausprägung),
- Raucherstatus,
- Hypertonus,
- Fettstoffwechselstörung,
- Wahrnehmung veranlasster Diabetes-Schulungen,
- Wahrnehmung veranlasster Hypertonus-Schulungen,
- Einnahme von Thrombozytenaggregationshemmern bei Patienten und Patientinnen ohne Kontraindikation gegen die Einnahme von Thrombozytenaggregationshemmern,
- Einnahme von Betablockern bei Patienten und Patientinnen ohne Herzinsuffizienz UND ohne Kontraindikation gegen die Einnahme von Betablockern,
- Einnahme von ACE-Hemmern bei Patienten und Patientinnen mit Herzinsuffizienz

- Kosten Ärztliche Behandlung und Häusliche Krankenpflege,
- Kosten Krankenhausbehandlung und Anschlussrehabilitation,
- Kosten Arzneimittel,
- Kosten Heil-, Hilfsmittel und Dialyse,
- Kosten Krankengeld,
- Leistungsausgaben insgesamt.

Zur Zeit sind für die Zielgrößen „Verwaltungs- und Qualitätssicherungskosten“ und Lebensqualität“ keine Regressionsanalysen durchzuführen. Die Vorgaben werden zu einem späteren Zeitpunkt konkretisiert.

Als einheitlicher Variablensatz (unabhängige Variablen) für die Modellierung aller Zielgrößen sind bei Koronarer Herzkrankheit vorzusehen:

- Alter (bis 50, 51-60, 61-70, 71-80, 81 und älter),
- Geschlecht,
- Kohortenzugehörigkeit,
- Kalenderhalbjahr,
- Raucherstatus bei Einschreibung,
- BMI bei Einschreibung (<25; >=25 und <30; >=30; missing value),
- Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen bei Einschreibung:
 - Herzinfarkt,
 - Chronische Herzinsuffizienz,
 - Hypertonus,
 - Diabetes mellitus,
 - Fettstoffwechselstörung,
- Krankengeldanspruch (nur bei Zielwert „Kosten Krankengeld“).

Anhang:

1. Änderungsverzeichnis

Version 1.0

- Zusammenführung der bisher gültigen Kriterien zu Diabetes mellitus Typ 2 (Version 2.0) und Brustkrebs (Version 2.0)
- Überführung der bisherigen Anlage 2 „Anforderungen an den Vergleich der Programmauswertungen / Risikoadjustierung“ in Kapitel 2 und der bisherigen Anlage 1 „Erhebung von Verwaltungskosten und Kosten der Qualitätssicherung“ in Kapitel 4 unter Abschnitt „Besonderheiten einzelner Ausgabenbereiche“
- Erstmals Kriterien zur Evaluation der strukturierten Behandlungsprogramme bei Koronarer Herzkrankheit (KHK)
- Im Abschnitt „Übergangsregelungen“ erster Absatz zu Daten des Jahres 2003 gestrichen
- Evaluation der medizinischen Inhalte:
 - Konkretisierung der Definition zu „Patienten ohne Werte“
 - Kategorien zur Medikation bei Diabetes mellitus Typ 2 modifiziert
 - Bei Anzahl der Leistungserbringer Beschränkung auf koordinierende Schwerpunktpraxen gestrichen
 - Erblindung bei Diabetes mellitus Typ 2 ergänzt
 - Bei Leistungserbringern Beschränkung auf jeweils koordinierende Hausärzte bzw. Gynäkologen gestrichen
- Evaluation der ökonomischen Inhalte:
 - Standardabweichung und Konfidenzintervall bei den Ausgaben für Krankengeld gestrichen

Version 2.0

- Überarbeitung des Kapitel 1 „Allgemeine Evaluationsanforderungen“
- Überarbeitung des Kapitel 2 „Anforderungen an den Vergleich der Programmauswertungen / Risikoadjustierung“
- Überarbeitung des Kapitel 3.2 Diabetes mellitus Typ 2
 - Streichung der Auswertung zur Lasertherapie
- Überarbeitung des Kapitel 3.3 Brustkrebs

- Anpassung der Anforderungen zu „ausgeschiedenen Patientinnen“ analog zu den anderen Indikationen
- Anpassung der Anforderungen zu „Leistungserbringern“ analog zu den anderen Indikationen
- Ergänzung von „Onkologisch qualifizierten koordinierenden Ärzten“ bei den „Leistungserbringern“
- Redaktionelle Änderungen und Ergänzung der „Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs (ab 13. RSA-ÄndV)“ in der Tabelle „Definition der Auswertungsgruppen“; entsprechend wurden die Benennungen der Auswertungsgruppen im gesamten Dokument angepasst
- Ergänzung der Auswertungsgruppe „Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung (ab 13. RSA-ÄndV)“ und Ergänzung entsprechender Kriterien
- Streichung des ersten und zweiten Zwischenberichtes
- redaktionelle Anpassung: „Evaluationsbericht“ statt „Abschlussbericht“
- Bei „Patientinnen mit neu oder zeitnah diagnostiziertem Primärtumor laut Erstdokumentation“:
 - Redaktionelle Änderungen der Tabellenüberschriften
 - Modifikation der Angaben zur „Axilladissektion“ als Folge der 13. RSA-ÄndV
 - Streichung der Darstellung „Chemotherapie bei Frauen mit einem erhöhten Risiko ...“
 - Streichung der Darstellung der „Antiöstrogene Therapie ...“ und der „Ausschaltung der Ovarialfunktion“
- Streichung der Darstellung der „Antiöstrogene Therapie ...“ und der „Ausschaltung der Ovarialfunktion ...“ bei „Patientinnen ohne Rezidiv und fortgeschrittener Primärtherapie bei Einschreibung“
- Bei den Rezidiv- und Sterberaten werden lokoregionäre Rezidive ODER kontralaterale Tumore als gleichwertige Ereignisse zusammengefasst (somit wird der Eintritt eines der beiden Ereignisse bei den Ereigniszeitanalysen als Erreichung des Endpunktes „Keine Tumorfreiheit“ gewertet)
- Ergänzungen im Kapitel 4 „Evaluation der ökonomischen Inhalte“

Version 3.0

- Anpassung der Berichtstermine im Kapitel 1 „Allgemeine Evaluationsanforderungen“
- Ergänzungen im Kapitel 2 „Anforderungen an den Vergleich der Programmauswertungen / Risikoadjustierung“ u.a. um die Zielgrößen und unabhängigen Variablen der Risikoadjustierung bei KHK

- Überarbeitung des Kapitel 3.3 Brustkrebs
 - Anpassung der Darstellung der Patientinnenzahlen bei der Indikation Brustkrebs
 - Streichung „Ohne Werte“ bei Strahlentherapie der Brust nach BET
- Ergänzungen im Kapitel 4 „Evaluation der ökonomischen Inhalte“ bei den Ausgaben nach Leistungsbereichen
- Redaktionelle Anpassung im Kapitel 5 „Evaluation der Veränderung der subjektiven Lebensqualität“ bei der Auswertung des SF-36

Version 4.0

- Ergänzung des Verfahrens bei Fusionen und Dienstleisterwechsel im Kapitel 1 „Allgemeine Evaluationsanforderungen“
- Ergänzung der Indikation „Diabetes mellitus Typ 1“
- Änderung der Überschriften „Wahrnehmung von Schulungen“ (alle Indikationen bis auf Brustkrebs)
- Ergänzung des Anhangs „Verwendung Boole’scher Verknüpfungen“
- Einheitliche Anpassung der Bool’schen Verknüpfungen (alle Indikationen)
- Angabe „ohne Werte“ entfällt bei der Sterberate von Patientinnen mit Brustkrebs, die bei Einschreibung an einer Metastasierung leiden

Version 5.0

- Ergänzung von Kriterien zu den Indikationen Asthma und COPD
- Verlagerung des ehemaligen Kapitels 2 zur vergleichenden, risikoadjustierten Auswertung an das Ende der Kriterien (nunmehr Kapitel 5); Aktualisierung der entsprechenden Auswertungen zu Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2
- Änderung der notwendigen Patientenzahl in Vier-Felder-Tafeln: Fällt die Gesamtzahl der in die Vier-Felder-Tafel eingehenden Patienten unter 5, entfällt die Auswertung.
- Anhang zu Kapitel „Diabetes mellitus Typ 1“ ergänzt (BMI Kinder)
- Leistungserbringer: Angabe des Zuwachs als Rate (in %) bei allen Indikationen gestrichen
- Ergänzung zum Stichprobenumfang in Bezug auf Kinder und Jugendliche (Kapitel 1)
- Klarstellungen zur Darstellung ausgeschiedener Patienten (jeweilige indikationsbezogene Angaben zu Patientenmerkmalen)
- Hinweis, dass im Rahmen der Programme zu den Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und Asthma Kinder und Jugendliche (Alter <18) derzeit nicht zur Lebensqualität befragt werden

Geplante Änderungen

- Anpassung der Kriterien an die elektronische Dokumentation (e-DMP)
- Modifikation der Kriterien in Hinblick auf das Modul Herzinsuffizienz bei KHK
- Ergänzung von Kriterien zur Risikoadjustierung bei Asthma und COPD

2. Verwendung Boole'scher Verknüpfungen

In den Tabellen werden bei logischen Verknüpfungen - zur Abgrenzung von einfach-textlichen Aussagen - die aus der boole'schen Algebra bekannten Ausdrücke UND, ODER und EX-ODER verwendet.

Die Bedeutung im einzelnen:

UND Die beiden Bedingungen, die mit UND verknüpft sind, müssen beide zutreffen (*beide-gültig-Verknüpfung*).

Beispiel: Versicherte ohne Erblindung UND Retinopathie (also nur solche Versicherte, bei denen eine Retinopathie besteht aber nicht erblindet sind).

ODER Es ist damit das Inklusiv-ODER zu verstehen (also die Verknüpfung: *entweder oder und sowohl als auch*). Für beide Bedingungen, die mit ODER verknüpft sind, können *entweder* die eine *oder* die andere oder aber *beide* Bedingungen zutreffend sein.

Beispiel: Hypertonie besteht, wenn Versicherte einen systolischen Wert ≥ 140 mmHg ODER einen diastolischen Wert ≥ 90 mmHg haben. Hypertonie liegt also vor, wenn *entweder* ein systolischer Wert ab 140 (und darüber) *oder* ein diastolischer ab 90 (und darüber) oder aber wenn *sowohl* die systolischen *als auch* die diastolischen Werte die genannten Werte erreichen bzw. darüber liegen.

EX-Oder Darunter ist das Exklusiv-ODER zu verstehen (also die Verknüpfung: *entweder oder - aber nicht: sowohl als auch*). Für beide Bedingungen, die mit EX-ODER verknüpft sind, kann nur *entweder* die eine *oder* aber die andere Bedingungen zutreffend sein (nicht jedoch beide).

Beispiel: Versicherte mit Schlaganfall EX-ODER Herzinfarkt. Es handelt sich also um solche Versicherte, die *entweder* einen Schlaganfall *oder* einen Herzinfarkt haben - Versicherte die beide Erkrankungen haben sind nicht gemeint.

Anmerkung: Selbstverständlich können auch mehr als 2 Bedingungen über UND, ODER bzw. EX-ODER verknüpft werden.